

**PSYCHOPATHOLOGIE ET TRAVAIL :
ÉTUDE DE CAS**

THESE

présentée et soutenue publiquement devant
la Faculté de Médecine de Nice le 8 octobre 2013

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de
DOCTEUR EN MEDECINE

par

Claire ROMETTI

Née le 14 février 1986 à Nice

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Dominique PRINGUEY

Monsieur le Professeur Guy DARCOURT

Monsieur le Docteur Frédéric JOVER

Monsieur le Professeur Jacques LEVRAUT

Madame le Docteur Catherine THIERY

Président du jury

Assesseur

Assesseur et Directeur

Assesseur

Assesseur

UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

Liste des professeurs au **1er mars 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen M. BAQUÉ Patrick

Assesseurs M. BOILEAU Pascal
M. HEBUTERNE Xavier
M. LEVRAUT Jacques

Conservateur de la bibliothèque M. SCALABRE Grégory

Chef des services administratifs Mme HIZEBRY Valérie

Doyens Honoraires M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DARCOURT Guy
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FREYCHET Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André

M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAPALUS Philippe
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. SCHNEIDER Maurice
M. SERRES Jean-Jacques
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
M. EMILIOZZI Roméo
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIREE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53-01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GERARD Jean-Pierre	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HEBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
Mme	LEBRETON Elisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	ORTONNE Jean-Paul	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BERARD Etienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	QUATREHOMME Gérard	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIME Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)

M.	ROSENTHAL Eric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastroentérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUE Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOUTTE Patrick	Pédiatrie (54.01)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie Plastique (50.04)
M.	FERRARI Emile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUERIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PRADIER Christian	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie – virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
M.	GIUDICELLI Jean	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	MAGNE Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	MAGNIE Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et Mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Epidémiologie-Economie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIES

M.	DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale
Mme.	KLEEFIELD Sharon	Médecine Légale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNES DE L'UNIVERSITE

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation

M.	MAGNE Jacques	Biophysique
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Monsieur le Professeur Dominique Pringuey,

Vous me faites l'honneur et le plaisir de présider mon jury de thèse.

Tout au long de mes études, lors de ma formation théorique et pratique, j'ai pu apprécier votre dynamisme et votre attachement à nous transmettre vos connaissances.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Guy Darcourt,

Votre présence à mon jury de thèse est un grand honneur.

J'ai apprécié la chance d'avoir été parmi vos élèves pour bénéficier de la rigueur, de la clarté et de la richesse de votre enseignement.

Veillez trouver ici la marque de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Jacques Levraut,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Je vous remercie de l'intérêt que vous témoignez à l'égard de ce travail.

Veillez trouver ici l'assurance de ma haute considération.

Monsieur le Docteur Frédéric Jover,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse.

Je tiens à vous remercier de m'avoir accompagnée, pas à pas, dans les chemins de mes réflexions.

Votre écoute attentive et votre profonde humanité ont permis à ce travail de prendre forme.

Veillez trouver, ici, l'expression de ma sincère reconnaissance.

Madame le Docteur Catherine Thiery,

Tu me fais l'honneur et le plaisir de juger cette thèse.

Je te remercie de m'avoir permis de réaliser ce travail, de l'intérêt que tu lui as témoigné et de ta disponibilité tout au long de sa réalisation.

En témoignage de ma gratitude et de ma profonde sympathie.

Au Dr Edyta Cygankiewicz, merci d'avoir accompagné avec autant de bienveillance mes premiers pas en psychiatrie.

Au Dr Lucie Mazière, tu m'as appris à écouter les histoires des patients, travailler à tes côtés fut un plaisir rare.

A Madame France Toesca, la passion avec laquelle tu exerces ton métier et ta grande humanité resteront pour moi des exemples.

Au Dr Bruno Giordana, merci de m'avoir fait bénéficier de ta grande richesse clinique.

Au Dr Fanny Chaillou, côtoyer la finesse de ton sens clinique fut une chance.

A tous mes chefs qui m'ont transmis un peu de leur savoir :

Dr Sylvie Dubreuil-Hamdoun, Dr Julie Tedi, Dr Pierre-Yves Chanson, Dr Emmanuelle Dor, Pr Askenazy, Dr Virginie Buisse, Dr Françoise Goudard, Dr Cateline Clad, Dr Frantz Kohl, Dr Michel Benoit, Dr Magalie Hamm et Dr Myriam Siefert-Boukaidi.

A toutes les équipes qui m'ont accueillie et formée tout au long de mon internat :

A l'équipe du secteur 5 qui a sympathiquement encadré mes débuts,

A l'équipe de Ste Lucie pour votre professionnalisme et votre savoir faire,

A l'équipe du M2A pour votre dynamisme et votre chaleureux accueil,

A l'équipe du P1 pour votre solidarité, même dans les moments difficiles,

A l'équipe du CAP pour votre dynamisme et votre professionnalisme,

A l'équipe du M2B pour vos compétences et votre bonne humeur,

A l'équipe de pédopsychiatrie d'Antibes pour la confiance que vous m'avez accordée.

A la mémoire de Jonathan,

A mes parents,

A ma grand-mère, Denise, pour ton amour inconditionnel,

A mon oncle et ma tante, Joël et Pascale, pour votre amour et votre indéfectible soutien,

A ma tatie, Chris, pour ta présence à mes côtés depuis toujours,

A Lorena,

A Juliette, Valérie, Chloé, Jérémy, Julia et Laura, mes amis avec qui j'ai partagé cette aventure depuis le début,

A Bérangère, Mélanie et Rebecca, pour la fidélité de votre amitié depuis tant d'années,

A mes co-internes, Carole, Magalie, Laurent, Delphine et les autres.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES.....	8
INTRODUCTION.....	10
I. ETAT DES LIEUX.....	12
II. METHODOLOGIE ET GRANDS COURANTS THEORIQUES.....	33
III. CAS CLINIQUES.....	49
IV. DISCUSSION.....	113
CONCLUSION.....	118
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	120

INTRODUCTION

En 2007, une série de suicides survenus sur les lieux de travail est enregistrée chez Renault, Peugeot et EDF. Elle défraie la chronique. Depuis, la souffrance au travail est au cœur d'une actualité médiatique brûlante.

Nous sommes forcés de constater l'affluence aux consultations psychiatriques de patients qui considèrent que leur situation professionnelle est à l'origine de leur trouble psychique. Face à ce phénomène dont les conséquences peuvent être dramatiques, nous nous sommes interrogés sur le positionnement que le psychiatre devait adopter face à ces nouvelles plaintes. Aux côtés des politiques et des sociologues, quel rôle joue la médecine ?

Dans le contexte actuel, quels sont les liens entre « souffrance au travail » et psychopathologie ? De quelle manière peut-on les identifier et les définir ? Quelles en sont les limites ?

Afin d'approcher cette problématique, notre première partie est un état des lieux de la « souffrance au travail » en France. Après avoir défini cette terminologie et dressé un historique des liens entre la psychiatrie et le travail, nous nous tournons vers la sociologie pour étudier les évolutions sociétales qui ont conduit à l'émergence de cette plainte. Nous passons enfin en revue les différents acteurs mobilisés par la souffrance au travail, et les différentes théories explicatives convoquées pour étudier le sujet.

Dans notre deuxième partie, nous émettons l'hypothèse que la « souffrance au travail », telle qu'elle nous est rapportée par nos patients, est une rencontre entre une vulnérabilité individuelle et une organisation de travail, le tout survenant dans un contexte socio-culturel donné. Nous nous intéressons à différents courants théoriques qui nous permettent d'étayer notre hypothèse. La psychodynamique du travail nous invite à considérer l'engagement subjectif du sujet dans son travail, et l'importance de la place du collectif de travail pour faire

face aux contraintes organisationnelles. La clinique de l'activité nous propose d'aborder la co-construction du sujet et de son activité dans un mouvement réciproque et de ne pas oublier l'importance de l'appartenance à un genre professionnel. Enfin, la clinique psychosociale nous amène à considérer le sujet dans les liens qu'il entretient avec la société et la place du travail dans notre contexte socio-culturel.

Nous développons ensuite quatre cas cliniques. Après une présentation de l'histoire clinique, nous effectuons une discussion psychopathologique à l'aide d'outils psychanalytiques et phénoménologiques. Puis nous convoquons la clinique du travail pour enrichir notre réflexion par l'analyse de l'organisation du travail au travers du discours de nos patients. Nous concluons chacun des cas par une réflexion dans laquelle nous considérons le patient dans son environnement social à l'aide des outils de la clinique psychosociale.

Notre dernière partie est consacrée à une discussion générale sur l'intérêt et la validité de considérer la « souffrance au travail » comme une rencontre entre trois facteurs. Nous discutons les limites auxquelles nous avons été confrontés dans l'utilisation de la clinique du travail. Pour finir, nous tirons de nos expériences cliniques quelques réflexions autour du positionnement du psychiatre confronté à la « souffrance au travail ».

I. ETAT DES LIEUX

I.1. Travail et « souffrance au travail »

I.1.1. Le travail et ses différentes formes d'organisation

« Travail » vient du mot latin « tripalium », qui signifie instrument de torture. Dans l'Antiquité grecque, le travail était considéré comme l'asservissement à la nécessité. Pour se libérer de cette nécessité inhérente à la condition humaine, l'esclave fut institutionnalisé.

De « travail », le Littré de 1878 propose une définition qui nous semble enrichir notre réflexion par l'accent qu'elle porte sur la souffrance. La première définition est : « nom donné à des machines plus ou moins compliquées, à l'aide desquelles on assujettit les grands animaux, soit pour les ferrer quand ils sont méchants, soit pour pratiquer des opérations chirurgicales ». La deuxième en découle « par extension du sens, instrument qui assujettit, gêne, fatigue ».

Pour Hannah Arendt (1958), le travail correspond à l'activité visant à assurer la conservation de la vie en produisant des biens de consommation qui doivent perpétuellement être renouvelés. Visant la satisfaction des besoins biologiques, le travail se caractérise par la non-liberté. Selon l'auteur, le travail rapproche l'homme de l'existence animale. Il est l'activité la moins humaine, d'où le terme d' « animal laborans ».

La psychodynamique introduit un nouveau concept : « le Travailler ». C'est combler l'écart entre le prescrit et le réel. « Le travail se définit comme ce que le sujet doit ajouter aux prescriptions pour pouvoir atteindre les objectifs qui lui sont assignés » (Dejours, 2009)

Depuis plusieurs décennies, le travail a connu de profondes transformations. Les modèles économiques nationaux et internationaux ont évolué. Les entreprises doivent s'adapter aux fluctuations accélérées du marché. Le travail s'est alors réorganisé et les conditions dans lequel il est effectué se sont modifiées. De nouvelles formes d'organisation du travail ont vu le jour.

I.1.1.1. Du taylorisme à aujourd'hui

Dans les années 1880, l'ingénieur américain Frederick Winslow Taylor définit la forme d'Organisation Scientifique du Travail dont l'objectif principal est la productivité. Les modes et techniques de production sont analysés de façon détaillée et rigoureuse afin de séquencer et de délimiter les tâches. Il s'agit d'établir « the one best way », la meilleure façon de faire pour obtenir un rendement maximal. Les conditions de rémunération sont fixées objectivement et se veulent motivantes pour les ouvriers. Dans le taylorisme, l'individu est un rouage et le salarié, un pur exécutant. En plein essor de l'industrialisation, les clients découvrent la consommation et attendent des produits standardisés.

I.1.1.2. Le toyotisme ou lean management

Élaborée dans les années 1960 au Japon, le toyotisme est une nouvelle forme d'Organisation Scientifique du Travail. Elle possède le même objectif de productivité que le taylorisme, mais opère un retournement de logique. L'organisation doit permettre de livrer exactement et au bon moment la quantité de biens souhaités par le client. Cette technique de production et de logistique est aussi appelée « flux tendu » ou « technique des cinq zéros » (zéro panne, zéro délai, zéro papier, zéro stock et zéro défaut). Son objectif est une plus grande flexibilité en produisant juste à temps, en réduisant au maximum les stocks et en évitant les gaspillages. L'ouvrier toyotiste est polyvalent, autonomisé et responsabilisé, notamment pour la qualité de la production (Beauvallet, 2009).

Ces nouvelles formes d'organisation du travail sont très largement étudiées en psychodynamique du travail par les psychiatres, les sociologues et les médecins du travail. « L'activité est de moins en moins effectuée sur ordre de l'encadrement et de plus en plus sous la pression directe du client, du patient, de l'utilisateur » (Davezies, 2004). Cette évolution est qualifiée de « servicarisation du monde du travail ».

I.1.1.3. Un appel à l'autonomie

Si la performance dépend de la capacité d'adaptation, alors la prescription du travail se complexifie. En conséquence, les hiérarchies se désengagent progressivement des modalités d'exécution du travail. Il en découle un appel à l'autonomie, à l'initiative et la responsabilité de chaque travailleur. Pour faire face au travail réel, les salariés doivent de plus en plus mobiliser leur intelligence. S'adapter à la demande impose des réflexions collectives afin d'ajuster l'activité en permanence, et donc possède un contenu relationnel. Dans ces nouvelles formes d'organisation du travail, l'investissement de l'intelligence et de la personnalité sont requis.

Mais, selon les spécialistes de la clinique du travail, l'augmentation du pouvoir d'agir et l'accomplissement de soi dans le travail normalement prévisibles ne sont pas au rendez-vous (Davezies, 2004). Ils dénoncent un appel à une autonomie toujours plus encadrée qui s'accompagne d'une perte de soutien de la hiérarchie, remplacée par des contrôles toujours plus rigides.

Pour Ehrenberg, la « serviciarisation du monde du travail » illustre l'évolution du concept d'autonomie dans la société française. Autrefois, l'autonomie était empreinte de liberté et d'indépendance. C'était un droit que les individus exerçaient en fonction de leur capacité à l'être. Aujourd'hui, l'évolution socio-culturelle a fait basculer l'autonomie du côté de la prescription. Elle est devenue un devoir. L'autonomie est désormais une activité coopératrice dans le monde du travail où les relations sociales sont marquées par la compétition. « La contradiction entre l'idéal de l'autonomie indépendance et une réalité qui la contredit engendre la souffrance sociale et apparaît comme principe de domination » (Ehrenberg, 2010). L'évolution de la gestion des ressources humaines entraîne une inversion de la norme. L'épanouissement dans le travail était avant une plus-value que pouvaient obtenir certains travailleurs. « L'accomplissement personnel dans le monde du travail est aujourd'hui la valeur attachée à l'implication du salarié dans son travail » (Ehrenberg, 2010). On comprend alors que la place de la subjectivité dans le travail devienne centrale.

I.1.2. La « souffrance au travail »

En 1998, nous avons vu surgir le terme de « harcèlement moral » au travail sous la plume de Hirigoyen. Son livre, Le harcèlement moral dans la vie professionnelle. Démêler le vrai du faux, est une forme de manuel à destination des victimes de harceleurs identifiés par leur psychopathologie, des pervers-narcissiques selon l'auteur. Même si aujourd'hui des voix s'élèvent contre l'explication causaliste de Hirigoyen (la psychodynamique du travail, pour sa part, considère que le terreau des situations de harcèlement se trouve dans l'organisation du travail), son ouvrage est l'occasion de pointer du doigt des situations de souffrance au travail. La même année, Dejours publie Souffrance en France, où il dénonce la souffrance au travail issue de la confrontation du sujet face aux nouvelles formes d'organisation néolibérales qui détruisent le lien social. Il en fournit une interprétation politique. Ainsi, le terme « souffrance » fait son entrée dans le monde de l'entreprise. La souffrance au travail peut être physique, comme les troubles musculo-squelettiques, ou psychiques.

Pour la psychodynamique du travail, la « souffrance au travail » est obligatoire, inhérente à l'activité mais pas systématiquement pathogène. Toute confrontation du sujet au réel de sa tâche engendre une souffrance. Mais comme nous l'étudierons, pour lutter contre cette souffrance, le travailleur va mobiliser sa personnalité tout entière et s'appuyer sur le collectif afin de transformer la souffrance en plaisir. Tout échec de cette mutation est un risque de survenue d'une pathologie (Dejours, 2009).

L'idée qu'il existe différentes souffrances et que leurs formes normales puissent être le moteur de l'action se retrouve également en clinique psychosociale. Il existe une souffrance psychique qui peut aider à vivre. Elle pousse le sujet à aller de l'avant et à se socialiser (Furtos, 2008). Ces deux courants sont inspirés du concept freudien : le principe de plaisir. Dans cette théorie le principe de plaisir et le principe de réalité régissent notre fonctionnement mental. Ainsi, l'ensemble de l'activité psychique a pour but d'éviter le déplaisir et de procurer le plaisir. La lutte contre la souffrance oriente notre fonctionnement psychique (Laplanche et Pontalis, 1967).

Actuellement, le terme « souffrance au travail » est coloré d'un certain militantisme. « La dénonciation de la souffrance est un langage de la passion se déployant sur le mode de la compassion » constate Ehrenberg (2010). Il est associé à une remise en question des conditions de travail et est porteur d'une lutte sociale. Consécutivement, dans le langage commun et médiatique, la « souffrance au travail » implique un lien de cause à effet direct. Ainsi, J'ai mal au travail est le titre d'un documentaire de Jean-Michel Carré qui fait référence sur le sujet. Nous sommes donc dans un climat contestataire.

Rappelons que l'imputabilité d'un état pathologique à une situation professionnelle relève du travail d'expertise. Elle passe, en France, par des Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles. Ces comités sont sollicités pour étudier le lien de causalité si la pathologie n'est pas inscrite au tableau des maladies professionnelles (c'est le cas de tous les troubles psychiatriques) ou si les conditions fixées par le tableau ne sont pas remplies.

Du fait de son caractère polémique, ni les pouvoirs publics, ni les directions des ressources humaines des entreprises n'emploient ce vocable. Une nouvelle terminologie a vu le jour : les « risques psychosociaux ».

I.2. Historique

I.2.1. De 1945 aux années 80

Depuis de très nombreuses années, les psychiatres s'intéressent aux liens que le sujet entretient avec le travail. La clinique du travail actuelle s'enracine dans une psychiatrie du travail fondée à partir de 1945. À cette époque, la psychiatrie est en plein débat d'idées sur l'organogénèse, la psychogénèse et la sociogénèse des maladies mentales. Dans ce contexte, une psychiatrie humaniste se développe. À la sortie de la seconde guerre mondiale, le caractère « concentrationnaire » des asiles est décrié. Il est désormais question de faire sortir les patients et de proposer une réinsertion socioprofessionnelle en lien avec une médecine du travail naissante.

I.2.1.1. François Tosquelles : l'activité thérapeutique

François Tosquelles, psychiatre catalan, militant engagé et réfugié à l'hôpital de Saint Alban dans la montagne de Lozère, développe la « psychothérapie institutionnelle ». Il défend la thèse selon laquelle le travail, lorsqu'il s'inscrit dans un sens intégré au fonctionnement de l'institution, fait de cette dernière un outil thérapeutique qui va permettre de transformer les rapports soignants / soignés. Il postule que l'activité est un processus d'humanisation. « Activité ne veut pas dire mouvement quelconque ou mouvement adapté. Activité veut dire activité propre : activité qui part et s'enracine dans le sujet actif pour s'épanouir, le cas échéant, dans le contexte social » (Tosquelles, 1967). Il est plus question de resocialisation que de réadaptation professionnelle.

I.2.1.2. Louis Le Guillant : une psychopathologie des conditions sociales

Louis Le Guillant, militant marxiste se réclamant d'une « psychopathologie sociale », a participé au premier service de Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale avec Sivadon. Leurs objectifs sont de lutter contre la chronicité des maladies mentales en proposant de la rééducation par l'ergothérapie et en favorisant la réinsertion socioprofessionnelle précoce. Rapidement, Le Guillant s'oppose à l'institution psychiatrique, mais reconnaît les vertus de l'ergothérapie. Il finit par militer pour une nouvelle vision de la psychiatrie dans laquelle ce sont les situations réelles, plus que les fantasmes inconscients, qui sont à l'origine des conflits individuels. Alors, l'ergothérapie n'a de sens que si l'on multiplie les efforts pour transformer le milieu de vie et les conditions de travail avec lesquels les malades auront à interagir. Dans un

second temps, ses recherches visent à identifier des syndromes spécifiques aux contraintes de travail.

En 1950, il réalise avec Begoin une étude sur les téléphonistes de la Poste. Il met en évidence alors « la névrose des téléphonistes et des mécanographes ». Il la décrit comme une « maladie de la productivité » suite à la fréquence des troubles liés aux formes récentes de rationalisation des tâches, à l'intensification du travail et à l'accélération des cadences destinées à augmenter le rendement. Il étaye sa thèse sur la psychophysiologie pavlovienne. La fatigue nerveuse serait liée à une surcharge cérébrale. Le vécu négatif du travail n'est pas encore abordé.

En 1963, sa recherche sur les « Incidences psychopathologiques de la condition de bonne à tout faire » opère un déplacement radical vers l'autre pôle de l'analyse dialectique : celui de la « condition sociale ». Il étudie alors les mécanismes psychopathologiques en jeu dans les situations de servitude et de domination. Il postule alors que l'aliénation mentale entretient des liens étroits avec l'aliénation sociale.

À la fin des années 1960, J.J. Moscovitz, élève de Le Guillant, cherche à rendre compte du malaise exprimé par les cheminots de la SNCF face à un nouveau dispositif de contrôle de la conduite des trains (la VACMA). Il réalise une enquête sur le terrain et utilise la psychanalyse comme outil théorique. Le travail est identifié comme une scène d'investissement libidinal et il analyse les fantasmes inconscients à l'œuvre dans le rapport au travail (Moscovitz, 1972). Cette étude ne donnera lieu à aucun prolongement ni sur le plan pratique, ni sur le plan théorique. À ce sujet, Le Guillant reconnaît qu'en toute rigueur il est impossible de démontrer le caractère particulièrement nocif et pénible de ces conditions de travail.

À la suite du travail de Moscovitz sur la VACMA, Henry Ey ne cache pas sa méfiance à l'égard de ce qu'il nomme la « socio-psychiatrie ». Il rappelle que l'homme malade mental doit être considéré « dans et par l'individualité de son organisation ». La « sociopathologie » doit être l'objet de la politique ou de la sociologie, mais non de la médecine. Le psychiatre n'est ni « redresseur de torts » ni « homme à tout faire pour résoudre les problèmes humains » au sein d'une société. Ainsi, il conclut son intervention « Nous devons remercier J.-J. Moscovitz de nous avoir particulièrement sensibilisés à ce drame qui l'a si manifestement ému dans sa conscience d'homme plutôt que dans sa fonction de psychiatre » (Moscovitz, 1972).

I.2.1.3. Paul Sivadon et Claude Veil : du travail thérapeutique à l'hygiène mentale du travail

Paul Sivadon, secrétaire de la Ligue française d'hygiène mentale (à l'origine, en 1963, de l'Union Nationale des Amis et des Familles des Malades psychiques) et médecin-contrôleur de la Sécurité sociale, considère que la maladie mentale est une altération de la personne à son monde qui empêche une adaptation satisfaisante au milieu. La thérapeutique doit passer par la restauration de la valeur sociale du malade et croit en la valeur intégratrice du travail. Il crée les deux premiers Centres de Traitement et de Réadaptation Sociale, en 1947 à Ville-Evrard et 1949 à Villejuif. Il souhaite sensibiliser les responsables des collectivités et les pouvoirs publics aux problèmes que soulève la maladie mentale.

En 1952, il introduit le terme de « psychopathologie du travail » dans un article paru dans *L'évolution psychiatrique*. Il développe une réflexion sur le rapport dysharmonique qui existe entre l'homme et son travail du fait des différences de rythme d'évolution entre les avancées technologiques et les possibilités adaptatives des travailleurs. Dans sa conception, le travail n'est pathogène que lorsque les exigences de la tâche dépassent les capacités de l'individu. Ses démarches de prévention et de réinsertion reposent sur la notion d'adaptation / désadaptation de la personne. Il propose des méthodes d'aménagement de poste ou d'orientation en fonction des spécificités individuelles.

Claude Veil, élève et collaborateur de Sivadon, prolonge les travaux de son aîné et apporte sa propre contribution. Pour sa part, il estime qu'aucun individu ne peut être considéré comme adapté ou désadapté que par rapport à des normes déterminées. Conformément à l'esprit de la psychiatrie sociale, il juge que la mission du psychiatre consiste également à aider la collectivité à déceler « l'imperfection des normes » du travail afin de remédier à leurs effets pathogènes (Veil, 2012). Il s'intéresse aux conditions objectives de travail. Dans les années 1960, il identifie des problèmes concrets des travailleurs comme la fatigue chronique, les accidents de travail, l'alcoolisme ou encore l'absentéisme. Il les soumet à des équipes pluridisciplinaires : sociologues, psychologues du travail, responsables du personnel, médecins du travail, services sociaux et psychiatres. Veil s'intéresse au vécu de l'expérience et au rapport que le sujet entretient avec son travail.

Mais finalement, ce premier courant de la psychiatrie aboutira à une impasse. La force de ce mouvement a été de tenir l'implication de la subjectivité pour ressort essentiel de l'activité et d'envisager le travailleur en tant que sujet. Pour Billiard, sociologue qui a étudié l'émergence de

la psychopathologie du travail, leur impasse est le fruit d'une impossibilité à « conceptualiser les modalités de l'engagement subjectif dans l'activité de travail, et ses aléas ». De plus, « les altérations de la subjectivité du travailleur « normal » ne sont expliquées qu'au prix d'un mouvement de réduction qui conduit soit à escamoter l'analyse du travail concret [Sivadon et la névrose de travail], soit à disqualifier le registre de l'élaboration subjective au nom des conditions de travail [Le Guillant et la névrose des téléphonistes] » (Billiard, 2002).

I.2.2. Des années 80 à nos jours

I.2.2.1. La psychodynamique du travail

Héritant des acquis et des impasses de la psychiatrie du travail, Christophe Dejours et un groupe de chercheurs regroupés au sein du Laboratoire de Psychologie du travail du Conservatoire National des Arts et Métiers fondent la psychodynamique du travail dans les années 1980. Ils nourrissent leurs réflexions à partir de plusieurs disciplines : l'ergonomie pour la question du travail, la sociologie pour la construction du monde social, la psychosomatique et la psychanalyse pour la vie psychique et ses liens avec la santé. Partant du postulat que le travail est un objet de souffrance, la psychodynamique du travail s'interroge sur « l'énigme de la normalité ». Comment, malgré la dimension de peine et de souffrance que le travail comporte, le travailleur parvient-il à préserver son équilibre psychique et maintenir son engagement ? Cette approche, tournée vers l'élucidation des conditions de construction de la santé mentale, utilise l'analyse psychodynamique des processus intersubjectifs mobilisés par les situations de travail.

La théorie et les outils d'analyses de la psychodynamique du travail sont élaborés à partir d'un postulat majeur : la centralité du travail. Inspirée de la thèse sociologique de Bourdieu sur l'intériorisation du social dans le fonctionnement psychologique, leur hypothèse consiste à défendre une conception dynamique des rapports entre psychique et social médiatisé par le rapport au travail. En étudiant les rapports entre souffrance et plaisir dans le travail, ils constatent que ce dernier joue un rôle majeur dans l'économie psychique. Par conséquent, il n'est jamais neutre à l'égard de la santé. Vecteur de l'accomplissement de soi, il peut participer à la construction identitaire. À l'inverse, il peut déstabiliser les aménagements psychiques et pousser vers la maladie.

Les travaux menés en psychodynamique du travail ont montré qu'il n'existait pas de maladies mentales professionnelles au sens d'entités psychopathologiques spécifiques à une profession : la forme clinique prise par la décompensation psychique provoquée par une situation de travail pathogène dépendrait de la structure de personnalité du sujet. Toutefois, les entités psychopathologiques liées au travail peuvent être classées en deux grandes catégories.

- Les pathologies de la solitude : isolé, le sujet ne bénéficie plus des ressources défensives collectives contre les effets pathogènes de la souffrance et des contraintes de travail.
- Les pathologies de la servitude : elles surgissent lorsque le sujet est confronté à des situations pathogènes liées au travail dans les activités de service. La psychodynamique du travail s'attache à démontrer les implications psychopathologiques de la relation de service, dans le contexte de méthodes d'organisation qui ont recours au flux tendu ou à la flexibilité.

Ce courant théorique élabore des concepts qui permettent de comprendre l'articulation entre l'individu et le collectif en situation de travail. Ces outils seront développés dans notre deuxième partie avant d'être utilisés dans nos analyses de cas cliniques.

I.2.2.2. La clinique de l'activité

Yves Clot, psychiatre et titulaire de la Chaire de Psychologie du Travail du CNAM, est le chef de file d'une autre approche : la clinique de l'activité. Ce courant évolue en parallèle de la psychodynamique du travail, il s'appuie sur une nouvelle définition du concept d'activité et fournit d'autres outils d'analyse pour les situations cliniques.

Il souhaite dépasser la distinction travail prescrit / travail réel, issue de l'ergonomie et centrale en psychodynamique du travail. Il s'intéresse alors à l'activité en situation de travail qu'il considère comme une épreuve subjective où l'on se mesure à soi-même et aux autres pour avoir une chance de parvenir à réaliser ce qui est à faire. Yves Clot prend appui sur l'œuvre de Vygotski, psychologue russe du début du XXe, pour redéfinir l'activité. « L'homme est plein chaque minute de possibilités non réalisées » (Vygotski, cité par Clot, 2006). La clinique de l'activité analyse non seulement les activités réalisées mais aussi toutes celles empêchées dans le travail. Ici, lorsqu'une action est empêchée et que le pouvoir d'agir est amputé, la psychopathologie peut survenir. Nous étudierons les concepts et les outils d'analyse qui en découlent dans notre seconde partie.

I.3. Les enjeux individuels du travail dans notre société

Afin d'identifier les liens entre « souffrance au travail » et psychopathologie, nous souhaitons dresser un état des lieux de la place qui est faite au travail dans la vie de chacun aujourd'hui en France. Notre revue de la littérature nous a amené à considérer quatre grands enjeux du travail à l'échelle individuelle dans notre société. Après avoir traité de l'importance de l'apport financier que le travail procure, nous nous intéresserons à son rôle dans le lien social. Nous aboutirons alors à une réflexion sur le concept de reconnaissance. Enfin, nous aborderons la question la place du narcissisme dans le travail.

I.3.1. Le financier

« Tout travail mérite salaire » dit l'adage. C'est en effet l'une des grandes différences entre une activité de loisir et une activité professionnelle. Nous travaillons tous pour gagner de l'argent, argent qui nous permet de répondre à nos besoins (manger, avoir un logement, s'habiller) et à nos envies (partir en vacances, acheter des biens de consommation, accéder à la culture). Nos finances nous procurent ainsi une place dans la société et l'appartenance à une classe sociale. En clinique psychosociale, l'argent est un objet social, au même titre que le travail. Il fournit une sécurité de base qui permet « d'assumer ses obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de ses droits fondamentaux », selon le rapport Wresinki (1987). Depuis quelques années, une nouvelle classe de travailleurs a vu le jour : les travailleurs pauvres. Du fait des nouvelles contraintes économiques et des évolutions du monde du travail, les contrats à temps partiels et les emplois précaires (intérim et contrats à durée déterminée) se multiplient. Désormais, avoir un emploi n'est plus synonyme de sortie de la pauvreté ou de la précarité.

I.3.2. Le lien social

Dans nos sociétés modernes, le travail est considéré comme un pourvoyeur de lien social et un déterminant majeur de notre insertion. Cette notion est nouvelle, le travail n'a pas toujours eu ce rôle primordial d'articuler le lien entre la société et le sujet. Pour comprendre cette évolution, il est nécessaire de se référer aux études sociologiques sur le lien social.

La thèse d'Émile Durkheim intitulée « De la division de travail social », soutenue en 1893 à la faculté de lettres de Bordeaux, introduit des concepts sur le lien social toujours utilisés par les recherches en sciences sociales. Il ne peut exister de société humaine sans

solidarité entre ses membres. Cette solidarité change de nature au cours des siècles, mais reste le principe organisateur de toute vie collective.

La solidarité mécanique correspond à la solidarité par similitude, elle renvoie aux sociétés traditionnelles dans lesquelles les individus partagent les mêmes croyances et les mêmes valeurs. Ils tirent de leur appartenance au groupe leur protection face aux menaces extérieures et la reconnaissance immédiate de leur statut social.

La solidarité organique caractérise les sociétés modernes. Le lien social est constitué par l'interdépendance des fonctions qui confère à tous les individus, aussi différents soient-ils, une position sociale précise. Au travers de l'analyse de nos sociétés modernes au cours du XXe siècle, les sociologues constatent que l'évolution vers une solidarité organique s'accompagne de la mise en place d'un système de protection sociale généralisée. Ce système de protection a des effets sur les liens de l'individu avec la société. Plus l'individu a une existence encadrée par des mécanismes universels de protection, moins il est dépendant des formes de protection plus traditionnelles, comme la famille ou les corporations. Dans les sociétés à solidarité organique, la reconnaissance est moins automatique et devient pour les individus un enjeu autonome et un objet de lutte. Elle oblige à une construction identitaire qui passe par la quête d'une valorisation personnelle perpétuellement soumise au regard d'autrui (Paugam, 2008).

Dans notre société, l'intégration professionnelle confère à chaque individu un socle de protection sociale élémentaire. Mais le travail devient aussi un lieu de conquête de la reconnaissance, qui n'est plus aussi immédiate que dans les sociétés à solidarité mécanique.

I.3.3. La reconnaissance

Axel Honneth, sociologue et directeur de l'Institut de Recherche Sociale de Francfort qui regroupe des psychologues, des sociologues du droit, des sociologues des inégalités et des sociologues du travail, a fourni une théorie sur le concept de reconnaissance qui nous éclaire sur la place du travail aujourd'hui.

Selon l'auteur (Honneth, 2006), le rapport positif d'un individu à soi se constitue dans l'intersubjectivité. Il est, par conséquent, inter-subjectivement vulnérable. L'identité est liée au besoin de reconnaissance, au sens d'un besoin de voir reconnue notre propre valeur par autrui. Dans sa théorie, la reconnaissance n'est pas donnée en soi mais est l'objet d'une lutte pour chaque individu. En cas d'échec, il est confronté au déni de reconnaissance, qualifié de mépris par Honneth. Il définit trois formes de reconnaissance qui correspondent à différentes formes de rapport positif à soi et à autrui et exposent à trois types de mépris.

La première forme de reconnaissance est liée à la constitution et la confirmation même de notre existence, c'est l'Amour. Notre existence est envisagée en tant qu'être d'affects et de besoins. Elle se manifeste au travers des relations primaires. Seule la solidité et la réciprocité de ces liens confèrent à l'individu la « confiance en soi ». Cette notion peut être reliée à la théorie de l'attachement de Bowlby. L'atteinte à l'intégrité physique érode la confiance en soi.

La seconde est liée à la constitution et à la confirmation de notre liberté. Elle concerne la sphère juridico-politique. L'individu est reconnu comme un sujet universel, porteur de droits et de devoirs, et dont les actes sont des manifestations de son autonomie. Elle véhicule le « respect de soi ». L'exclusion juridique altère le respect de soi.

La troisième forme de reconnaissance est liée à la reconnaissance de la valeur sociale de nos facultés et de notre capacité à être utiles à la société ou à un groupe social en particulier qui définit notre identité culturelle. Elle ne s'adresse plus ni à un individu en particulier, ni à un ensemble d'individus unis dans une société, mais au groupe social en termes de communauté de valeurs. Elle implique une revendication de solidarité. Cette reconnaissance sociale, ou estime sociale, est indispensable à l'acquisition de l'« estime de soi ». La dépréciation sociale entraîne la perte de l'estime de soi.

Dans le travail, c'est cette reconnaissance qui est en jeu. L'individu y valorise ses capacités et leur donne une utilité sociale. La reconnaissance est délivrée par le groupe social qui partage les mêmes valeurs, elle dépend donc de l'insertion de l'individu parmi ses pairs. Le travail devient un processus de valorisation de ses capacités. À l'échelle du groupe, toute demande de reconnaissance est une source de progrès social, un levier de la critique sociale.

La forme de mépris par dépréciation sociale altère l'estime de soi et affecte le processus identitaire. Elle ne commence pas en dehors du marché de l'emploi. Elle peut exister au sein même de la population des salariés en activité. La souffrance au travail en est un exemple. Mais nous ne pouvons nous contenter de traiter ce problème qu'à partir des facteurs individuels. Les facteurs collectifs, l'étude de l'organisation et du fonctionnement de la communauté de valeurs, et les facteurs sociologiques tiennent une place fondamentale.

I.3.4. Le narcissisme

Dans son ouvrage La société du malaise (2010), Ehrenberg, sociologue, s'interroge sur la manière dont le contexte socio-culturel d'une société pourrait affecter la psychopathologie. L'étude de la « souffrance au travail » et de ses modalités d'expression lui permet de fournir des éléments de réponse. Selon lui, la « souffrance au travail » se formule dans les termes de la perte et de l'insuffisance à l'égard de nos idéaux. Elle est une souffrance de l'économie narcissique. Darcourt approfondit le rôle du narcissisme dans ce problème et considère que l'évolution de notre société tend à faire émerger les « états limites de type narcissique » (Darcourt, 2011). Ce sont des pathologies de l'estime de soi, par opposition aux « états limites de type borderline » qui relèvent d'un trouble de la cohérence psychique. Ainsi, « dans notre société où on lui impose le devoir d'autonomie, il a besoin d'une solide confiance en soi pour éprouver un sentiment de sécurité, sinon il s'effondre [...] ». La conception d'une rencontre entre une fragilité narcissique et une culture qui ne rassure pas est éclairante ». Jeammet, pédopsychiatre, s'intéresse à cette problématique. À partir de son observation clinique des adolescents pendant plusieurs dizaines d'années, il s'interroge sur l'accroissement actuel des pathologies narcissiques. Dans la même lignée que Darcourt, il considère que cette modification est en lien avec l'évolution de la société. Désormais, et pour la première fois de l'humanité à si grande échelle, les jeunes sont libres de concevoir un avenir qui n'est pas la pure répétition de la vie de leurs parents. « Cette ouverture vers un mode de vie en partie inconnu, accompagné d'un affaiblissement des interdits mais d'un accroissement des exigences de performance et de réussite individuelles, favorise tout naturellement l'expression des inquiétudes narcissiques et des besoins de dépendance, tout en diminuant les occasions de conflits d'opposition » (Jeammet, 2006).

L'évolution sociale conduit à une modification de notre rapport au travail. Ce dernier devient un objet d'investissement qui doit renforcer notre estime de soi dans une culture où nos assises narcissiques sont en permanence mobilisées. Mais en cas de fragilité narcissique, un lien de dépendance peut s'instaurer, et l'objet externe devient persécuteur. Nous sommes alors en situation de « souffrance au travail ».

Au total, nous pouvons conclure que les enjeux individuels du travail évoluent de façon congruente à la société. Aujourd'hui, la reconnaissance du statut social n'est plus conférée par la naissance. L'accomplissement personnel et l'autonomie sont devenus des devoirs. Le travail devient le terrain de ces conquêtes et la « souffrance au travail » est le reflet d'une bataille

perdue. Toutefois, les organisations du travail ont bien compris que l'enjeu est de taille pour chaque individu. Ainsi ces enjeux peuvent parfois être utilisés comme des leviers d'action afin d'augmenter la productivité. Grâce à la clinique du travail, nous approfondirons ces mécanismes.

I.4. Les différents acteurs et leurs postulats

Notre société s'est organisée afin de prévenir la « souffrance au travail ». Des acteurs médicaux et politiques sont mobilisés. Après avoir défini le rôle des différents intervenants, nous étudierons les modèles théoriques auxquels ils se réfèrent pour développer la prévention.

I.4.1. Les acteurs médicaux

I.4.1.1. Le médecin du travail

En plus des visites médicales annuelles qu'il fait passer à tous les salariés d'une entreprise, le médecin du travail a un rôle de prévention de l'altération de la santé des travailleurs. Il mène des enquêtes sur les risques et les conditions de travail et éventuellement propose des aménagements. Il conseille le chef d'entreprise, les salariés, les représentants du personnel et du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), en matière d'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise, d'adaptation des postes, techniques et rythmes de travail à la physiologie du corps humain et de protection des salariés contre les nuisances.

Si une altération de la santé mentale et/ou physique d'un salarié liée aux conditions de travail est constatée, il doit réaliser une étude du poste et alerter les employeurs. Il peut également orienter le salarié en souffrance vers un spécialiste. Pour mettre un terme à cette situation, le médecin du travail dispose de plusieurs stratégies en fonction des circonstances: l'inaptitude temporaire ou définitive au poste ou à tout poste de l'entreprise, l'adaptation de poste ou le reclassement à un autre poste, ou encore la déclaration en maladie à caractère professionnel.

Le médecin du travail établit un rapport annuel d'activité qui sera transmis au CHSCT dans lequel devra figurer l'éventuel accroissement des indicateurs de souffrance organisationnelle (augmentation de la fréquence et de la gravité des urgences sur les lieux de travail pour conflit aigu, violence, passage à l'acte, tentative de suicide, décompensation psychiatrique aiguë, augmentation des pathologies somatiques et psychiques). Il peut être

amené à compléter son travail par un rapport sur les mesures à prendre pour éviter la répétition de maladie contractée en service ou d'accident du travail.

I.4.1.2. Le médecin inspecteur du travail

L'article L. 8123-1 du Nouveau Code du travail stipule que « les médecins inspecteurs exercent une action permanente en vue de la protection de la santé physique et mentale des travailleurs sur leur lieu de travail et participent à la veille sanitaire au bénéfice des travailleurs [...]. Les médecins inspecteurs du travail agissent en liaison avec les inspecteurs du travail, avec lesquels ils coopèrent à l'application de la réglementation relative à la santé au travail».

Les moyens dont ils disposent pour ce faire sont les mêmes pouvoirs et obligations que ceux des inspecteurs du travail, à l'exception du pouvoir de sanction. Le médecin inspecteur du travail sert d'appui et de conseil aussi bien au patient qu'au médecin du travail et à l'inspecteur du travail. C'est un véritable soutien pour le médecin du travail lorsqu'il l'aide à adopter la stratégie la plus appropriée à la situation. Il est également en charge de l'étude des risques professionnels et de leur prévention.

I.4.1.3. Le médecin conseil de la sécurité sociale

Le médecin conseil de la sécurité sociale joue un rôle important dans la transformation de la maladie en accident du travail ou en maladie professionnelle lorsqu'il juge qu'elle est en lien avec l'organisation du travail. Il détermine aussi le taux d'IPP (incapacité permanente partielle) sur lequel sera basé le montant de la rente versée. Il décide de la prolongation ou non des arrêts de travail ainsi que des reprises à temps partiel thérapeutique. Il est le garant d'un revenu minimum pour les personnes en arrêt longue maladie ou en invalidité

I.4.1.4. Le médecin traitant

Interlocuteur privilégié du patient, il est souvent le premier à diagnostiquer une altération de la santé. S'il soupçonne un lien avec les conditions de travail, il peut collaborer avec le médecin du travail dans l'intérêt du patient et prescrire un arrêt maladie. L'orientation vers un médecin spécialiste peut être nécessaire.

I.4.1.5. Les consultations Souffrance et Travail

La première consultation spécialisée a été ouverte à Nanterre en 1995, depuis elles se sont multipliées dans de nombreuses régions de France. Ce sont des consultations pluridisciplinaires : psychiatres, médecins du travail, juristes, psychologues. Leurs objectifs

sont de travailler en réseau pour une prise en charge globale du patient. Dans l'exercice de leurs fonctions, les spécialistes utilisent en psychothérapie les outils de la psychodynamique du travail et de la clinique de l'activité.

I.4.2. Le ministère du travail et les risques psychosociaux

Le ministère du Travail, mais aussi tout le domaine de la gestion des ressources humaines, sous forme d'organismes privés ou associatifs avec des financements publics, s'intéressent aux problèmes de la « souffrance au travail ». Dans les années 2000, ils ont abandonné ce vocable polémique et dénonciateur pour lui substituer un nouveau concept : les risques psychosociaux (RPS). Ils se situent à côté des risques physiques, chimiques et biologiques.

À ce jour, les RPS ne possèdent de définition ni juridique, ni scientifique. Le ministère du Travail français en propose toutefois une : « les RPS sont à l'interface de l'individu et de sa situation de travail, d'où le terme de risque psychosocial. Sous l'entité stress, on entend stress mais aussi violences internes (harcèlement moral, harcèlement sexuel), et violences externes (exercées par des personnes extérieures à l'entreprise à l'encontre des salariés) ». Cette définition situe les RPS à l'articulation de variables individuelles, collectives et organisationnelles, mais en fait un concept composite et mal circonscrit. Le collège d'expertise et de suivi statistique des RPS, formé en 2008 par l'INSEE à la demande du ministère du Travail, conformément aux recommandations du rapport Nasse-Légeron (2008), propose de les caractériser non plus en fonction de leurs manifestations, mais de leurs sources possibles : « les RPS seront définis comme des risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental ».

Les RPS au travail ne sont pas reconnus dans les textes juridiques internationaux, européens et communautaires. Ni le secteur public, ni le secteur privé n'ont d'obligation légale à prévenir les RPS. Cette absence de législation tient en partie au caractère flou, polysémique et étendu du concept. Il existe toutefois un cadre législatif qui traite de la santé psychique au travail, sans faire référence aux RPS.

La 4ème partie du livre Ier du nouveau Code du Travail en date du 1er mai 2008 s'applique dans l'administration et notamment son article L 4121-1 : « Le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale

de travailleurs de l'établissement, y compris les travailleurs temporaires. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation, ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. Il veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes ».

La loi de modernisation sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002 a introduit la notion de protection de la santé mentale des salariés en son quatrième chapitre relatif à la lutte contre le harcèlement moral au travail.

Un ensemble de dispositifs législatifs est développé pour inciter les acteurs internes (employeurs, représentants du personnel ...) avec l'appui des acteurs externes (inspecteurs du travail, médecins du travail, organismes publics ou privés spécialisés ...), à mieux évaluer et prévenir les risques en matière de santé. Citons à titre d'exemple l'article L 236-2 du Code du Travail qui donne au CHSCT (Comité d'hygiène sécurité et conditions de travail, instance obligatoire dans tous les établissements de plus de 50 salariés) un pouvoir d'investigation et la possibilité d'inscrire le harcèlement à l'ordre du jour.

I.4.3. Coûts et épidémiologie

I.4.3.1. Impact des RPS sur la santé et épidémiologie

Bien que les RPS soient reconnus comme facteur de risque professionnel important, peu d'informations sont disponibles sur la prévalence des expositions à ces risques (Niedhammer, 2012). Selon l'Institut National de Veille Sanitaire, en 2009, 24 % des hommes et 37 % des femmes souffrent en France de détresse psychique liée au travail. Une étude réalisée par la Direction de l'Animation de la Recherche des Études et des Statistiques (DARES) montre que, tous secteurs confondus, 9 % des salariés déclarent vivre en permanence ou régulièrement des situations de tension dans les rapports avec le public ; 22 % déclarent subir des comportements hostiles ou ressentis comme tels sur leur lieu de travail (DARES, 2013). Au travers d'une revue de la littérature biologique sur le stress, Davezies conclut que la présence de RPS au travail favorise l'apparition de nervosité, de troubles du sommeil, de troubles anxieux et de troubles dépressifs (Davezies, 2008). Une méta-analyse (Stansfeld, 2006), basée sur des études prospectives, permet d'estimer que l'exposition au « job strain » (situation définie par le modèle de Karasek que nous étudierons dans notre prochaine partie, où le salarié est exposé à une forte exigence et une faible latitude décisionnelle) augmenterait le risque de troubles de santé mentale (troubles dépressifs et anxio-dépressifs) d'environ 40 % et 80 % respectivement.

L'implication des RPS dans la survenue de troubles musculo-squelettiques et de maladies cardiovasculaires est également étudiée, mais nous ne développerons pas cette question dans notre travail.

I.4.3.2. Impact économique direct et indirect

Le contexte sociétal impose un traitement politique de cette question du fait de son émergence au cœur du débat public, notamment au travers de la médiatisation des cas de suicides en entreprise. La plupart des grandes entreprises investissent le sujet car la prévention des RPS et l'amélioration des conditions de travail sont devenues un facteur clé d'efficacité économique et sociale pour les entreprises.

En 2007, une étude menée par l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), basée sur une approche macroéconomique, évalue le coût social du stress d'origine professionnel. Le stress est repéré grâce au modèle de Karasek et le coût économique comprend le coût des soins et la perte de richesse pour cause d'absentéisme, de décès prématuré et de cessation prématurée d'activité. À l'échelle nationale, sur une population active de 27,8 millions de personnes, le coût est compris entre 1,9 et 3 milliards d'euros. Ce chiffre représente environ 20 % des dépenses de la branche accidents du travail / maladies professionnelles de la Sécurité sociale (Trontin, 2007).

Les RPS ont également un coût indirect conséquent mais plus difficile à mesurer. Un salarié qui fait acte de présence sans s'investir dans sa tâche du fait de difficultés psychiques représente une perte financière. Le manque de soutien social et de reconnaissance influe sur la productivité individuelle et collective. Enfin, on constate un « coût médiatique » pour les grandes entreprises dont l'image s'est vue dégradée à la suite d'un suicide.

I.4.4. Les modèles explicatifs et leurs limites

L'évaluation des RPS et les recherches sur la santé au travail s'appuient sur des modèles d'analyse causalistes dont le stress est le principal objet d'étude. Ces approches visent à repérer des éléments objectifs de l'environnement à travers les caractéristiques des situations de travail et des individus. Il s'agit de dépasser les seules perceptions individuelles face à un problème qui pourrait être traité avec les ressources disponibles.

I.4.4.1. Le modèle « demande-autonomie au travail » de Karasek

En 1979, Robert Karasek, sociologue et psychologue américain, professeur spécialiste du milieu du travail à l'université du Massachusetts, aux États-Unis, aborde la question des risques pour la santé, mentale et physique, au travail sous l'angle du stress professionnel (Karasek, 1979). À l'époque, la population cible est représentée par les ouvriers spécialisés des processus tayloriens. Il élabore un modèle, le modèle de Karasek, où il met en relation deux facteurs : le niveau d'exigence et l'autonomie. Le niveau d'exigence, autrement appelé la demande psychologique du travail, fait référence à la charge de travail, aux exigences mentales et aux contraintes de temps associées. L'autonomie renvoie aux possibilités d'agir de l'individu, d'exercer un contrôle sur son travail, de développer ses compétences et ses habiletés professionnelles.

Ses recherches montrent qu'un niveau élevé d'exigence psychologique n'est pas prédictif à lui seul des pathologies du stress. La situation à risque de pathologie combine une forte exigence et une faible latitude décisionnelle, situation de « job strain ». Au travers de l'importance de l'autonomie, il introduit un concept repris en clinique de l'activité, le pouvoir d'agir.

Dans les années 1980, il complète son modèle en introduisant un nouveau facteur : le soutien social, c'est-à-dire la possibilité de bénéficier du soutien technique et de la compréhension de la hiérarchie et des collègues. Toutes choses égales par ailleurs, il démontre que l'absence de soutien social est un facteur de dégradation de la santé (Karasek, 1990).

Ce modèle a été appliqué, en France, à un échantillon représentatif de la population salariée dans le cadre de l'enquête SUMER (surveillance médicale des expositions aux risques professionnels), en 2003 et répétée en 2010. Les résultats collectés en 2003 montrent que 23% des salariés sont en situation de « job strain », 28% de femmes contre 20% d'hommes. Les catégories socioprofessionnelles les plus touchées sont les ouvriers non qualifiés (27%) et les employés de commerce ou de service (29%). En comparant les résultats de 2003 et 2010, l'enquête montre que la « demande psychologique » tend à augmenter pour toutes les catégories socioprofessionnelles (+2 % en moyenne) alors que la « latitude décisionnelle » baisse globalement de 1 %, surtout pour les cadres et les professions intermédiaires (-3 %) et augmente légèrement pour les ouvriers (DARES, 2012).

I.4.4.2. Le modèle de « déséquilibre : effort / récompense » de Siegrist

En 1996, Johannes Siegrist, professeur de sociologie médicale à la Faculté de Médecine de l'Université de Düsseldorf, en Allemagne, élabore un modèle où le déséquilibre entre les

efforts requis par l'activité et la reconnaissance reçue serait corrélé à l'apparition de problèmes de santé physique et psychique (Siegrist, 2004). La notion d'effort est proche du concept de demande psychologique développé par Karasek. Le concept de reconnaissance est défini par l'estime perçue de sa hiérarchie et de ses pairs, les gratifications monétaires et la stabilité de la situation professionnelle. Le déséquilibre entre effort et récompense définit chez le salarié le sentiment d'injustice qui est prédictif de l'apparition de pathologies, physiques et psychiques.

Selon Siegrist, l'impact sur la santé du déséquilibre « effort / récompense » varie en fonction de caractéristiques personnelles des individus. Ainsi, le surinvestissement dans le travail est également un facteur de risque pour la santé. Ce « surinvestissement » dans le travail est exploré à travers des items portant sur le goût de la compétition, la présence d'une hostilité latente, le sentiment de devoir en faire plus.

I.4.4.3. Les indicateurs des RPS

En 2010, la Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques (DARES), organisme sous la tutelle du ministère de l'emploi, publie les premières conclusions du collège d'expertise sur le suivi statistique des RPS. Ce dernier identifie six grandes dimensions de RPS (DARES, 2010).

- Les exigences du travail correspondent à la « demande psychologique » de Karasek ou à l'« effort » de Siegrist. Elles contiennent la quantité de travail, la pression temporelle, la complexité du travail et les difficultés de conciliation entre vie professionnelle et vie familiale.
- Les exigences émotionnelles correspondent aussi bien aux émotions qu'il faut dissimuler qu'à celles qu'il est nécessaire d'adopter dans certaines conditions, comme dans les activités de service. La peur fait partie de la charge émotionnelle.
- Le manque d'autonomie est l'équivalent de la latitude décisionnelle de Karasek. Il regroupe la possibilité de mobiliser et de développer ses compétences ou de donner son avis et d'exprimer ses attentes sur l'organisation du travail.
- Les rapports sociaux et les relations de travail rendent compte de la coopération et du soutien social de la part des collègues et de la hiérarchie. Le harcèlement ou le manque de reconnaissance sont les aspects pathogènes de cette dimension.
- Les conflits de valeurs correspondent aux conflits éthiques, entre des objectifs de production et des valeurs personnelles ou professionnelles, et aux demandes qui sont en opposition avec les normes professionnelles, comme la qualité empêchée.

- L'insécurité de l'emploi fait référence aux emplois précaires (temps partiels, intérim) et aux risques de licenciement.

Ces six dimensions sont issues d'analyses statistiques. Le collège d'expertise reconnaît la difficulté à proposer un bilan synthétique complet des RPS selon les caractéristiques socioprofessionnelles de salariés (âge, sexe, statut marital, qualification, secteur ...).

I.4.4.4. Intérêts et limites du concept des RPS

Le concept de RPS se développe en France, mais également dans l'ensemble des pays industrialisés depuis quelques années. Il émerge dans un environnement où des transformations sont engagées dans le domaine du travail et où les rapports que les travailleurs entretiennent avec lui évoluent. L'objectif premier des RPS est d'offrir aux pouvoirs publics des possibilités d'action. Ils fournissent des outils nécessaires aux études scientifiques internationales qui analysent les liens entre certains phénomènes au travail et la survenue de pathologie.

Leurs définitions s'appuient sur des modèles théoriques causalistes, étudiés dans ce chapitre. Cette approche s'applique au repérage et à l'identification des facteurs de stress professionnel. Elle traite d'une réalité objective et passe sous silence la dimension subjective du travail responsable d'une souffrance, comme le développent la psychodynamique du travail et la clinique de l'activité.

II. METHODOLOGIE ET GRANDS COURANTS THEORIQUES

II.1. Hypothèse

Bien qu'utiles et indispensables, les modèles explicatifs de Karasek et Siegrist sont incomplets et ne prennent pas en compte un certain nombre d'éléments, notamment l'investissement subjectif du travailleur et l'organisation des collectifs de travail. Afin de tenter d'identifier et de définir les liens entre « souffrance au travail » et psychopathologie, nous avons choisi des approches différentes en nous appuyant sur d'autres outils.

Notre revue de la littérature nous amène maintenant à dresser une hypothèse de travail. Nous postulons que la « souffrance au travail », telle qu'elle nous est rapportée par nos patients en entretien, résulte d'une rencontre entre un individu qui présente une vulnérabilité et une organisation du travail. De plus, le contexte socio-culturel dans lequel survient cette rencontre nous paraît déterminant.

Pour vérifier notre hypothèse, notre méthodologie repose sur des analyses de cas cliniques. Après une présentation et une discussion diagnostique et psychopathologique, nous convoquons des outils provenant de la psychodynamique du travail et de la clinique de l'activité. Enfin, il nous a semblé pertinent d'utiliser la clinique psychosociale pour étudier l'influence du contexte social dans l'émergence du trouble psychique, les répercussions sociales de la « souffrance au travail » et leurs conséquences psychopathologiques propres.

II.2. La psychodynamique du travail

Nous proposons d'étudier cette théorie en définissant les concepts que nous utiliserons comme outils d'analyses pour nos cas cliniques. Après avoir redéfini le travail, nous étudierons les mécanismes en jeu à l'échelle individuelle, puis collective. Enfin, nous étudierons les liens que cette théorie fait entre psychopathologie et « souffrance au travail », et les stratégies de défense mobilisées par les individus.

II.2.1. « Le travailler », un concept central

Issue de l'ergonomie, la psychodynamique du travail propose une nouvelle définition du travail. Le travail est l'activité qui consiste à combler l'écart irréductible entre le travail prescrit et le travail réel. C'est « la mobilisation des hommes et des femmes face à ce qui n'est pas prévu par la prescription, face à ce qui n'est pas donné par l'organisation du travail » (Davezies, 1993). Pour transformer un travail théorique en une situation concrète, il faut « quelque chose en plus » qui provient du travailleur, au-delà de la simple application des consignes. « Le travailler » est cette expérience subjective constituante qui naît de la mobilisation de la personnalité tout entière dans la confrontation au réel du travail et qui participe au processus identitaire d'accomplissement de soi dans le champ social (Dejours, 2009). Cette définition a une conséquence importante pour la psychodynamique du travail : le travail possède intrinsèquement un caractère énigmatique, qui échappe à la prescription et à l'évaluation.

II.2.2. De la souffrance à l'intelligence de travail

La confrontation avec le réel du travail se manifeste sur le mode d'une mise en échec du vouloir, donc sur une expérience affective douloureuse : la souffrance. Elle provient de la confrontation permanente à des exigences plus ou moins contradictoires auxquelles le travailleur est assujéti mais qu'il doit parvenir à articuler : exigences de production, exigences liées à sa place dans le fonctionnement social, exigences de préservation de sa santé. Trouver des compromis pour concilier ces exigences nécessite de sortir du discours théorique et de se confronter à la résistance au monde au travers de la résistance aux procédures, aux savoir-faire, à la technique, à la connaissance. Le réel confronte le travailleur à l'échec et génère des sentiments d'impuissance, de déception, de colère. Cette souffrance entraîne une volonté de trouver des solutions, elle est le moteur de l'action individuelle et collective. Le travailleur se constitue, en réponse à cette souffrance, une intelligence de travail.

La psychodynamique du travail considère que l'intelligence de travail, dont l'objectif est de pallier les manques de l'organisation, prend source dans le corps. C'est au travers d'une expérience corporelle que le travailleur apprivoise la matière, les outils et les objets techniques. Il doit apprendre à interpréter, ruser, improviser ou encore tricher. Cette intelligence de l'action relève du « sentir », qui n'est pas un pré-réflexif mais qui s'acquiert. Sa particularité est qu'elle n'est pas visible pas l'organisateur, et souvent difficile à appréhender pour le travailleur lui-même. L'acquisition de la technique relève des facultés cognitives. L'intelligence de travail ne relève pas que du strict contrôle de l'intellect et ne donne pas lieu à une représentation claire.

« Le processus de reprise des traces cognitives et psychiques de l'action dans le sens d'une formalisation, d'une thématisation qui fasse de cette épreuve une expérience réutilisable dans une situation différente, n'est en aucune façon automatique » (Davezies, 1993). Au vu de cette caractéristique de l'intelligence, la question du collectif de travail apparaît centrale. En effet, le collectif va devoir permettre une mise en lumière de la partie obscure et énigmatique du travail.

II.2.3. Le travail collectif

Le travail est une activité qui porte de façon intrinsèque la notion de collectif, il est toujours une expérience sociale dirigée vers quelqu'un ou partagée avec quelqu'un. Que ce soient les clients, la hiérarchie, les collègues, nul ne peut prétendre travailler seul. Il va donc falloir passer d'une expérience singulière à une activité collective.

II.2.3.1. Coordination et coopération

Sur le même modèle que l'opposition entre travail prescrit et travail réel, dans le travail collectif, on peut différencier la coordination et la coopération.

La coordination désigne la prescription donnée par l'organisation du travail des relations entre les individus. Elle élabore la division sociale et technique du travail.

À la coordination, les travailleurs répondent par la coopération. Elle est à la fois l'organisation effective du travail, et les liens construits entre les sujets en vue de réaliser l'œuvre commune. Elle mobilise les initiatives individuelles de chacun élaborées vis-à-vis des difficultés réelles rencontrées en situation de travail. Elle vise à combler les lacunes de l'organisation du travail dans la description des tâches et à coordonner les initiatives individuelles. La coopération doit permettre au collectif d'aboutir à des règles de métier de travail qui régissent l'articulation des différentes intelligences de travail individuelles en vue de la production (Dejours, 2009).

II.2.3.2. Conditions de la coopération : visibilité et confiance

Pour pouvoir être coordonnées, les façons de travailler de chacun doivent être rendues intelligibles aux autres. Comme nous l'avons étudié, le travail possède une partie obscure qui mobilise le savoir, mais aussi des modalités particulières selon lesquelles le sujet négocie l'inadéquation entre son désir et la réalité. En plus d'être difficile à expliciter, la façon de travailler a tendance à être cachée par le travailleur. Pour faire face au réel, le travailleur met en place des combines, ou « ficelles de métier », qui sont parfois des entorses au règlement ou qui

prouvent de ses incompétences ou maladroites. Face à la mise en échec, la culpabilité est mobilisée. Ces arrangements relèvent de l'intime. Les divulguer expose au risque de se faire voler ses « ficelles » ou de se faire dénoncer. La confiance est le problème crucial de la coopération. La confiance permet de « concilier le besoin d'intimité nécessaire à la mobilisation de la personnalité et l'exigence de visibilité nécessaire à la coordination » (Davezies, 1993). La confiance, dans un collectif de travail, se fonde sur le partage des règles de métiers auxquelles tous les travailleurs acceptent de se soumettre.

II.2.4. L'activité déontique : de la délibération aux règles de métier

II.2.4.1. La délibération et ses espaces

Une fois mis en lumière, les différents savoir-faire doivent être coordonnés autour de règles issues du collectif. La production de ces règles de travail par les travailleurs eux mêmes se nomme l'activité déontique. Pour gérer les écarts entre organisation prescrite du travail et organisation réelle, la formation de compromis entre les différents modes opératoires est indispensable. En l'absence de compromis, chacun travaille comme il l'entend et c'est la cacophonie d'un orchestre sans partition ni chef d'orchestre.

Ces compromis passent par la confrontation des arguments de tous ceux engagés dans l'exercice du travail au sein des espaces de délibération. La délibération permet de dégager un consensus sur ce qu'il convient de faire, et sur ce qui est proscrit. Les espaces de délibération représentent une condition nécessaire à l'activité déontique. La psychodynamique du travail en décrit deux types (Dejours, 2009).

Les espaces formels, tels que les réunions d'équipe, les synthèses ou les staff, sont les espaces où l'on énonce les ordres devant tout le monde. Ils incarnent la référence commune pour tous les membres du collectif. Les conflits y sont réglés par les rapports hiérarchiques.

Les espaces informels, telles que les salles de pause, les cafétéria, sont les lieux d'interprétation collective des ordres constitutifs de la coordination. Ils permettent la maintenance et l'ajustement de l'organisation du travail. Chacun peut y vérifier la conformité de sa propre façon de faire. La convivialité n'est donc pas qu'un supplément d'âme, elle fait partie intégrante de la coopération. Christophe Dejours écrit « Travailler, ce n'est pas seulement produire, c'est aussi vivre ensemble. ».

Malgré la présence d'espaces de délibération, la controverse peut s'éterniser et nécessiter un arbitrage. Celui qui arbitre doit incarner l'autorité afin que les consensus dégagés soient

acceptés par tous. Il faut une coopération verticale entre chefs et subordonnés pour que le travail collectif progresse.

II.2.4.2. Les règles de métier

Lorsque plusieurs accords normatifs issus de l'activité déontique s'articulent entre eux, on parle de règles de travail. Ces règles traitent, simultanément, le rapport au réel et le vivre ensemble. Elles sont à la fois des règles techniques et des règles de savoir-vivre. Dejours et Gernet (2012) en distinguent quatre formes :

- Les règles techniques qui organisent les activités et les façons de faire avec les outils, avec les matériaux ou encore avec les procédures à appliquer.
- Les règles sociales qui organisent les relations horizontales et verticales. Elles sont caractérisées par la convivialité et le vivre-ensemble qui, au-delà des différences individuelles, recentrent sur les intérêts communs partagés dans le travail.
- Les règles langagières qui, sous la forme d'un jargon de métier, permettent l'intercompréhension au sein du collectif.
- Les règles éthiques édictent les valeurs communes et les normes de référence de l'activité. Elles décident ce qui est juste ou injuste au regard d'une situation de travail spécifique.

Ainsi, là où l'organisation doit diviser pour répartir les tâches, l'activité déontique et l'élaboration de règles de métier doivent unifier et coordonner. L'un ne peut aller sans l'autre. L'organisation du travail est donc considérée comme sans cesse inachevée. Ses caractères inaboutis et perfectibles doivent être reconnus. Dès lors, reconnaître la contribution de chaque travailleur à l'organisation du travail devient possible. Au travers de cette reconnaissance, c'est la reconnaissance de la propre humanité des travailleurs qui se joue.

II.2.5. Les enjeux en terme de santé mentale

La psychodynamique du travail s'intéresse donc à « l'identification des éléments qui permettent au travailleur de maintenir un équilibre psychologique malgré les contraintes rencontrées dans son travail », il s'agit donc « d'une analyse dynamique des processus psychiques mobilisés par la confrontation du sujet à la réalité du travail » (Dejours, 1995).

Elle postule que le travail n'est jamais neutre vis-à-vis de la santé mentale. Il est soit pathogène, soit opérateur privilégié de la santé. La santé mentale au travail est le résultat d'un

équilibre instable et dynamique entre le besoin d'accomplissement de l'individu, les normes sociales dont il dépend, et le travail qui impose une productivité dans des contraintes connues.

II.2.5.1. L'identité au travail : reconnaissance et appartenance

La psychodynamique s'intéresse au sujet en quête d'accomplissement. Cette recherche d'accomplissement personnel est liée à la quête d'identité dans le cadre d'un besoin pour l'individu d'apporter sa contribution à la construction d'une œuvre ou à la création sociale.

Comme nous l'avons étudié, il n'y a pas de travail si le sujet n'investit pas une partie de lui-même dans le travail. Cet investissement se fait dans l'espoir d'une rétribution financière mais pas seulement. Il attend, également, une rétribution qui se joue dans le registre de l'identité, médiée par la reconnaissance.

Au travail, la reconnaissance confère au travailleur son appartenance au collectif de travail. C'est elle qui préside à la formation de la volonté de coopération. Elle est fondée sur deux jugements.

Tout d'abord, le jugement d'utilité. Il porte sur l'utilité économique, technique ou sociale de la contribution apportée par un travailleur. Il est proféré, le plus souvent, par la lignée verticale, la hiérarchie. Il confère à l'activité le statut de travail, à la différence d'une activité de loisir.

Ensuite vient le jugement de beauté qui est porté par les pairs, ceux qui connaissent le travail. Il possède lui-même deux dimensions. Il y a la conformité aux règles de métiers constituées par le collectif de travail. Elle confère l'appartenance à la communauté. La deuxième dimension est la reconnaissance d'un beau travail dans ce qu'il comporte de singulier et de personnel. Celle-ci apporte l'identification en tant qu'être unique au sein de la communauté, une dimension qui rappelle l'ipséité.

II.2.5.2. Échec de la dynamique de la reconnaissance

La dynamique de la reconnaissance joue un rôle majeur pour l'identité en conférant le sentiment d'appartenance. Elle porte d'abord et spécifiquement sur le travail, sur le « faire » à travers ces jugements, sur le « travailler ». « Ces jugements qualitatifs peuvent être dans un second temps rapatriés dans le registre de l'être et représenter alors un gain pour l'identité du sujet » (Dejours et Gernet, 2012). En révélant le sens de la souffrance issue de la confrontation à la résistance du réel, la rétribution symbolique conférée par la reconnaissance contribue à transformer la souffrance en plaisir. Cette transformation se rapproche du concept freudien de sublimation où le travail devient une activité socialement valorisée.

À défaut de cette reconnaissance, la souffrance irréductiblement liée à l'expérience du travail va prendre le devant de la scène. Le sujet perd espoir, l'économie de plaisir est en passe. Il n'est plus en quête de reconnaissance, une économie de défense contre la souffrance s'installe. S'ouvre alors un monde de comportements qui peuvent être jugés irrationnels ou paradoxaux mais qui trouvent leur logique et leur légitimité dans la nécessité impérieuse de se défendre contre la souffrance (Dejours, 1980).

II.2.6. Les stratégies individuelles et collectives de défense

Les études menées en psychodynamique du travail montrent que les travailleurs ne restent jamais passifs face à la souffrance liée aux contraintes de l'organisation du travail. Ces stratégies de défense n'ont pas prise sur le monde réel, elles ne transforment pas les risques ou les contraintes. « Elles agissent par des moyens symboliques tels que l'occultation, l'euphémisation, l'évitement et la rationalisation qui modifient les affects, les pensées et les états mentaux » (Molinier et Flottes, 2012).

II.2.6.1. Les stratégies individuelles

Le travailleur peut mettre en place des mécanismes de défense individuels. Au travers d'une enquête sur le travail à la chaîne des l'industrie automobile, Dejours (1980) analyse comment les ouvriers assument seuls la monotonie du travail et la cadence qui contribuent à la perte de sens de l'activité. Le travail répétitif sous contrainte de temps est gêné par une activité psychique spontanée. L'auto-accélération est alors décrite comme un moyen de s'arrêter de penser. En étayant sa théorie par des références à la psychanalyse et à la psychosomatique, Dejours dégage des mécanismes de défense auxquels les travailleurs ont recours pour échapper à la souffrance. Ces stratégies sont plus dépendantes de l'organisation du travail et de l'imaginaire social que des facteurs individuels. Dejours développe la rationalisation ou le clivage.

II.2.6.2. Les stratégies collectives

Ces défenses se structurent au travers de conduites, de représentations et de règles partagées. Elles reposent essentiellement sur un déni de perception de la réalité du travail, de ses risques ou de ses buts. Ce déni prend le plus souvent appui sur les fantasmes archaïques inconscients de toute-puissance, eux-mêmes relayés par des stéréotypes sociaux de virilité tels que la maîtrise, la performance, l'invulnérabilité. Pour l'observateur extérieur au collectif, elles

peuvent sembler irrationnelles, comme par exemple des prises de risques inconsidérées, le cynisme ou le ludisme. Ces défenses évacuent des émotions incompatibles avec le travail. C'est collectivement qu'il s'agit de dénier une partie de la réalité du monde extérieur perçu comme à l'origine d'une souffrance. Pour être efficace, le déni doit être construit et entretenu de façon collective et constante jusqu'à se consolider dans un imaginaire social.

En cas de retour brutal du réel, les défenses peuvent soit s'effondrer, avec un risque majeur de décompensations individuelles ou d'accidents de travail, soit se radicaliser en « idéologies défensives de métier ». Celles-ci « émergent dans des situations extrêmes de souffrance où il n'y a plus d'espace de discussion pour réaménager le rapport à l'organisation du travail d'une part, où le renoncement des agents à toute action d'amélioration se traduit par l'apparition d'une pratique dominante de dénonciation et par l'effort désespéré de maintenir la cohésion des agents entre eux par référence à l'ennemi commun » (Dejours, 1980). Elles impliquent la disparition de toute discussion sur le travail et des espaces de convivialité, un fonctionnement clanique et peuvent déboucher sur de la violence (Molinier et Flottes, 2012).

II.2.6.3. Conclusion

Pour la psychodynamique du travail, « la réponse à la souffrance psychique ne consiste pas à aider le sujet à s'adapter à la situation de travail [...] mais il s'agit d'analyser avec le sujet, au plus près de sa situation concrète, les dilemmes dans lesquels il se trouve piégé et de l'aider ainsi à développer sa capacité à penser, à débattre et à agir », (Davezies, 2005)

II.3. La clinique de l'activité

Comme la psychodynamique du travail, la clinique de l'activité s'intéresse à la mobilisation de la subjectivité en situation de travail, mais en s'appuyant sur d'autres postulats. Elle fournit alors des outils d'analyses différents. Nous concluons notre présentation par un exemple de mise en application de ces concepts.

II.3.1. Santé et pouvoir d'agir

II.3.1.1. Une théorie de l'action

Clot (2010) cherche à contribuer au renouvellement de la tradition francophone d'analyse de l'activité, à savoir l'écart entre le prescrit et le réel, en allant au-delà de cette conception du

travail issue de l'ergonomie. Selon lui, il n'existe pas d'un côté la prescription sociale, et de l'autre l'activité réelle. Il existe, entre l'organisation du travail et le sujet lui-même, un travail de réorganisation de la tâche : une re-crédation. Le travail n'est pas seulement organisé par les concepteurs ou l'encadrement, il est réorganisé par ceux qui le réalisent. Les travailleurs le questionnent et cherchent à se développer par les actes qu'ils élaborent en situation et avec autrui.

La clinique de l'activité s'intéresse aux actions réalisées, mais aussi à celles empêchées dans le travail humain. « Le réel de l'activité c'est aussi ce qui ne se fait pas, ce qu'on cherche à faire sans y parvenir, ce qu'on aurait voulu ou pu faire, ce qu'on pense pouvoir faire ailleurs. Il faut y ajouter ce qu'on fait pour ne pas faire ce qui est à faire ; ce qui est à refaire et tout autant ce que l'on fait sans avoir voulu le faire. » (Clot, 2006). Elle définit le concept d'activité, sans en oublier sa négativité.

La clinique de l'activité adopte la définition de la santé proposée par G. Canguilhem (cité par Clot, 2006) : « Je me porte bien dans la mesure où je me sens capable de porter la responsabilité de mes actes, de porter des choses à l'existence et de créer entre les choses des rapports qui ne leur viendraient pas sans moi ». Il y est donc question du développement du pouvoir d'agir sur le monde et sur soi-même, collectivement et individuellement. Il s'agit de créer du contexte pour vivre. En ce sens, activité et santé deviennent synonymes.

II.3.1.2. L'action empêchée

La psychopathologie survient, alors, lorsqu'il y a amputation du pouvoir d'agir sur son activité. La problématique de la reconnaissance prend un statut particulier. La psychodynamique insiste sur la reconnaissance par autrui qui s'inscrit dans l'organisation du travail. Ici, elle est la possibilité pour les travailleurs de se reconnaître dans ce qu'ils font, c'est-à-dire dans quelque chose.

Se reconnaître dans quelque chose serait important afin que ce que je fais reste défendable à mes propres yeux. Cette conception de la reconnaissance s'oppose à la notion de souffrance éthique, issue de la psychodynamique du travail, où l'on fait référence aux valeurs morales. En clinique de l'activité, la souffrance issue d'une atteinte à notre conscience professionnelle fait place à des situations plus ordinaires et quotidiennes où le travailleur souffre de ne pas pouvoir faire « quelque chose qui compte pour lui ».

Yves Clot illustre cette position théorique par le récit de l'expérience des ouvriers de Lu confrontés à la transformation de l'odeur des biscuits. La direction avait changé la recette en baissant la qualité des ingrédients. Elle a prétendu que cela ne changeait rien, mais les ouvriers

ont bien senti que ce n'était pas vrai. « Il y a dans ce souci des recettes et dans le respect des odeurs quelque chose de précieux pour la santé au travail » (Clot, 2010).

II.3.2. Le métier comme unité d'analyse psychologique du travail

II.3.2.1. Le genre professionnel et les niveaux d'organisations de l'activité

En clinique de l'activité, on distingue quatre niveaux d'organisation de l'activité. Ces différentes dimensions possèdent entre elles des contradictions. La discordance entre ces quatre instances est l'occasion d'un développement pour le sujet.

- L'instance impersonnelle est l'ensemble des tâches ou fonctions prescrites par l'organisation du travail. Elle contient les règles de métier et les règles institutionnelles. En ce sens, ceux qui travaillent sont interchangeableables.
- L'instance trans-personnelle est un sur-destinataire de l'effort consenti dans le travail. « C'est le répondant collectif de l'activité personnelle, l'histoire qui se poursuit ou s'arrête à travers moi, celle que je parviens ou pas à faire mienne en y mettant précisément du mien ». Elle introduit le concept de genre professionnel. Pour se reconnaître dans ce qu'on fait, il faut faire quelque chose de son activité afin de devenir « unique en son genre » en le renouvelant.
- L'instance inter-personnelle se caractérise par les relations interindividuelles, entre pairs, avec la hiérarchie et toutes les relations inhérentes au travail.
- L'instance personnelle comprend toute la dimension subjective et personnelle de celui engagé dans une activité.

Dans cette perspective, faire son métier doit s'entendre au sens fort. Il ne s'agit pas seulement d'accomplir sa tâche mais, au travers de cette réalisation, « d'éprouver les limites du métier lui-même ». À l'intérieur de ces quatre niveaux, on retrouve les contradictions, les échecs, les prouesses, les gestes envisageables ou déplacés inscrits dans le patrimoine de l'activité. Ce patrimoine est modelé chaque jour par chaque individu et chaque collectif. La clinique de l'activité s'intéresse à la conservation de la possibilité de transformer la tâche et l'organisation pour développer le pouvoir d'agir des professionnels. « Les disputes de métier ont pour visée de renouveler leur pouvoir d'agir en donnant plus de voix au répondant collectif de l'activité personnelle » (Clot, 2006).

II.3.2.2. Le collectif et les disputes professionnelles

En clinique de l'activité, la question du travail bien fait du point de vue de ceux qui le font est une des clés des problèmes de santé. Afin de lutter contre la survenue d'épisodes psychopathologiques, le travail bien fait doit sans cesse être discuté collectivement.

Le genre professionnel possède une fonction psychologique, il règle les relations inter-professionnelles. C'est à travers lui que les travailleurs s'estiment et se jugent mutuellement. « Le genre est constamment exposé à l'épreuve du réel, toujours transitoire, et c'est le travail du style qui produit une stylisation des genres susceptibles de les garder en état de marche, c'est à dire de les transformer en les développant » (Clot et Faïta, 2000). Les styles sont le « re-travail des genres en situation ». L'histoire d'un milieu de travail se poursuit grâce aux contributions stylistiques personnelles, « le genre vit dans le présent, se souvient de son passé et forme une mémoire pour prédire » (Clot et Faïta, 2000).

Ainsi, la préservation des espaces de controverse est un enjeu en termes de santé. L'existence d'espaces officiels de débat n'est pas suffisante. Les espaces de convivialité ont un rôle majeur. C'est là que les travailleurs se racontent des histoires de travail, de vie, d'articulation du professionnel et de l'extra-professionnel. Ils vérifient ainsi si ce qu'ils font est juste et reconnu par les collègues. « Ces confrontations permettent à chacun de vérifier dans quelle mesure on tire bien dans le même sens. Elles permettent d'enrichir le patrimoine collectif grâce aux contributions singulières amenées par chacun » (Davezies, 1993)

De nos jours, la clinique de l'activité constate que les genres sont extrêmement malmenés dans les organisations, notamment par manque de temps accordé à l'organisation des collectifs eux-mêmes, ou par leur destruction volontaire par des modes de management « individualisant ». Il devient difficile de s'accorder sur les contraintes et les possibilités communes du travail. Les travailleurs ont souvent recours à l'usage pathogène des « idéologies défensives de métiers » décrites par Dejours (1980). Pour Clot, le renoncement au genre représente toujours le début d'un dérèglement de l'action individuelle. Le dysfonctionnement de la dynamique des rapports entre styles et genres se trouve à l'origine des situations pathogènes de travail, les sujets se trouvent mis en souffrance par l'amputation du pouvoir d'agir.

II.3.3. Une application pratique : l'auto-confrontation croisée

La clinique de l'activité a mis au point l'auto-confrontation croisée (Dubosq et Clot, 2010). C'est un outil d'étude pour la recherche fondamentale sur l'activité mais aussi un outil de

transformation de l'activité pratique. Il s'agit de créer un cadre où les chercheurs et les travailleurs puissent mettre en chantier des manières de penser collectivement leur travail, entre l'image filmée de ce qu'ils ont fait et la mise en discours de ce qu'ils sont en train de faire. Cette démarche permet de créer un « espace-temps » où les acteurs de l'activité ont la possibilité de mobiliser ou de rétablir leur pouvoir d'agir en différé par rapport aux actions exposées par le film.

Le collectif de travail choisit une séquence d'activité qui sera filmée par les chercheurs. Chaque protagoniste de l'activité sera filmé dans le détail. Chaque travailleur sera filmé lors du visionnage de sa séquence où il devra commenter son activité à destination du chercheur. Il explique ce qu'il fait, ce qu'il aurait pu faire ou ne pas faire. Cette étape permet d'approcher l'activité réelle.

Dans un second temps, un collègue devra commenter la séquence à destination du travailleur qui réalise l'activité. L'objectif est d'engager des controverses professionnelles, de noter des différences de style d'action.

Le dernier temps est la diffusion du montage vidéo complet à destination de la totalité du collectif de travail. Un cycle s'établit entre ce que les travailleurs font et ce qu'ils en disent, et, pour terminer, ce qu'ils font de ce qu'ils disent.

Les auto-confrontations rendent le genre professionnel visible et discutable, en le mettant à l'épreuve, dans la confrontation, avec sa propre activité et avec celle de l'autre. Ainsi, chaque auto-confrontation fait revivre le genre d'une façon personnelle. De la sorte, les confrontations prennent la forme d'une activité réflexive du sujet sur son propre travail. Elles permettent l'augmentation du pouvoir des collectifs en leur fournissant une meilleure connaissance de leur activité, « l'expérience vécue peut devenir le moyen de vivre d'autres expériences » (Dubosq et Clot, 2010)

En clinique de l'activité, la souffrance naît de l'empêchement du pouvoir d'agir. Les controverses de métier protègent de la souffrance en permettant de moduler l'architecture d'ensemble de leur métier individuellement et collectivement.

II.4. La clinique psychosociale

L'Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP) dirigé par Jean Furtos a été fondé en 1996, pour répondre à la demande des professionnels dans le travail social et psychique confrontés à de nouvelles formes de souffrance face auxquelles ils se

sentaient incompetents. En effet, les filieres sociales et sanitaires ont vu apparaître, ces dernieres annee, un nouveau public : des categories de la population socialement precarie (chomeurs de longue duree, beneficiaires de diverses allocations sociales et depuis ces dernieres annees, les travailleurs pauvres) qui presentent une souffrance psychique difficile a apprehender avec nos concepts psychopathologiques habituels. La clinique psychosociale apporte un nouvel eclairage a ce probleme.

II.4.1. Le sujet social

« Il ne s'agit pas de decrire la personnalite du sujet isole de son environnement, mais de decrire le « sujet social », c'est-a-dire d'analyser a la fois son vecu par rapport a la societe et le contexte socio-culturel qu'elle lui impose » (Darcourt, 2008). En s'interrogeant sur l'evolution de la psychopathologie et sur les liens de cette evolution avec celle de la culture, la clinique psychosociale propose de nouveaux outils d'analyse. Jean Furtos etudie les effets cliniques de la souffrance d'origine sociale. La souffrance sociale est liee a la precarite de ce qui fait un monde pour un sujet.

II.4.2. L'objet social

En clinique psychosociale, l'objet social a une double definition.

Il est un objet concret comme le travail, l'argent ou le logement. On le possede ou on ne le possede pas, ou encore on a peur de le perdre. Cet objet concret confere au sujet des securites de base dont la perte amorce la precarite.

L'objet social est aussi un objet idealise dans une societe donnee. En ce sens, il se rapporte a un systeme de valeurs et donne au sujet un statut. Il fait lien. Dans cette definition d'un objet social idealise, Furtos (2008) se refere a la notion de contrat narcissique d'Aulagnier. C'est un contrat qui unit l'individu et son milieu d'accueil par des alliances inconscientes. En echange de l'assurance qu'une place et qu'une identite lui sera attribuee par le groupe, l'individu adhère aux valeurs du groupe et contribue a sa perennite. Ainsi reconnu par le groupe, il va pouvoir construire des interactions fructueuses avec lui pour s'inscrire dans la societe. L'objet social incarne ce contrat, lorsqu'il n'est plus assure, le contrat risque de se rompre et la place du sujet dans son milieu est remise en question.

Le travail est, ici, un objet social avec lequel le sujet entretient une relation. Il lui apporte à la fois une sécurité de base concrète (sécurité sociale, logement etc ...) et une appartenance qui confère une reconnaissance déterminante pour l'insertion sociale.

II.4.3. La précarité

La pauvreté désigne le fait d'avoir peu, elle est une question de seuil. La précarité correspond à la peur de perdre, à la fragilité. Ainsi nous comprenons que l'on peut vivre dans une société pauvre sans précarité, ou bien que l'on peut vivre précaire dans une société riche. Mais la précarité n'est pas à confondre avec l'exclusion. L'exclusion signifie être en dehors du lien social. C'est un processus actif qui conduit à une rupture des appartenances, ce que Furtos appelle « une disparition de la scène sociale » (2008). La précarité peut conduire à l'exclusion mais n'en est pas un synonyme.

La clinique psychosociale s'appuie sur le concept de précarité tel qu'il a été élaboré par Robert Castel, sociologue. Ce dernier constate un paradoxe de notre société actuelle. Nous appartenons à une société parmi les plus sûres qui ait jamais existé, où les libertés fondamentales, la sécurité des biens et des personnes sont garanties par un État de droit. Pourtant, le sentiment d'insécurité sociale est au cœur des préoccupations. Selon Castel, c'est la dégradation du marché de l'emploi qui en est à l'origine : le chômage, les emplois à statut précaire et l'intensification du travail. Cette insécurité sociale crée une société en voie de « précarisation généralisée ». Il propose un schéma sociologique qui indique les trajets possibles en situation de précarité.

En abscisse, l'insertion dans le lien social, du moins vers le plus ; en ordonnée, l'intégration dans le travail, du moins vers le plus. Ce schéma confirme le rôle primordial de l'intégration par le travail dans la problématique de la précarité. Jean Furtos revisite ce schéma en terme de processus psychique.

II.4.4. Les différentes formes de souffrance

Furtos (2007) distingue trois formes de souffrances psychiques d'origine sociale qui ont des répercussions psychiques différentes.

La souffrance qui aide à vivre est constitutive de soi-même, du lien social et de l'avenir. Le sujet est structuré sur une position existentielle « quoi qu'il arrive, je m'en sortirai ». Cette souffrance est associée à une « précarité normale » et structurante. Le sujet a conscience du risque de deuil, de désillusion ou de transformation identitaire, notamment professionnelle. Mais en cas de détresse, la capacité à demander de l'aide persiste et renforce l'insertion sociale. Cette souffrance « maintient le lien avec soi-même et avec autrui », elle produit des liens de solidarité et de reconnaissance. Elle est le moteur de l'action.

À l'opposé, il y a « une souffrance qui empêche de souffrir sa souffrance ». On l'observe dans les lieux de la scène sociale soumis à des processus d'exclusion, avec une attaque du lien. Cette souffrance est à l'origine d'un syndrome décrit par Jean Furtos, le syndrome d'auto-exclusion. Le point de départ est un sentiment de découragement qui évolue vers un renoncement puis un désespoir absolu. Il implique une désubjectivation qui se manifeste par un « clivage *au moi* » de nature traumatique. Le sujet se défend contre l'horreur de la perte d'appartenance à l'humanité en se déconnectant de lui-même. Le syndrome d'auto-exclusion se définit par trois signes cliniques qui traduisent cette déshabitation de soi : une anesthésie ou hypoesthésie corporelle, un émoussement affectif ou une hypomanie et une inhibition intellectuelle. Ce syndrome comporte des signes paradoxaux : la non-demande, les réactions thérapeutiques négatives et l'inversion sémiologique des demandes. La définition de cette entité clinique est une contribution majeure à la clinique psychosociale. Intégrant le sujet dans la scène sociale, elle apporte un gain en termes de compréhension et de thérapeutique.

Entre les deux, il existe une souffrance qui commence à empêcher de vivre. Les objets sociaux sont conservés mais la confiance est chancelante, « si je les perds, je suis foutu ». Elle est décrite, notamment, dans le cadre de la souffrance au travail. Dans ces cas, « on observe une dissociation entre la conservation de l'objet social et une perte avérée de l'objet psychique : quelque chose est psychiquement perdu, irrémédiablement » (Furtos, 2007). C'est ce que l'on qualifie de mélancolisation du lien social avec un fort sentiment de culpabilité sans objet précis. Un malaise sub-continu s'installe avec une souffrance qui commence sérieusement à empêcher de vivre. Elle atteint progressivement tous les champs de la vie, professionnelle et privée, avec une peur de l'effondrement. Cette peur fait écho à la défaillance de l'environnement primaire chez l'enfant, et ce rapport se continue à l'âge adulte dans la culture et sur la scène socio-économique. Les cadres et les institutions sont partiellement délégitimés. Le sujet a perdu confiance en lui, en l'avenir et en autrui. On observe des phénomènes de persécution au travail,

des luttes individuelles pour conserver sa place et du harcèlement moral. Se déploie alors la clinique de la psychopathologie du travail avec des pathologies somatiques, des pathologies dépressives et des éléments persécutoires fréquents. Cette souffrance se caractérise par son aspect collectif, le malaise et la perte de confiance concernent tout le groupe social. Les effets psychiques pathologiques générés par cette souffrance sont réversibles. La honte et le découragement peuvent s'amender au travers d'une relation d'aide. Mais l'évolution vers un syndrome d'auto-exclusion est possible.

II.4.5. Champ social et psychiatrie publique

Le champ de la clinique psychosociale se manifeste dans les situations de perte objective des objets sociaux. Elle se situe dans le domaine du travail social et propose d'élaborer la place de la psychiatrie publique dans un autre cadre que le sien. Furtos propose quelques recommandations pratiques.

Sur le lieu du social, le psychiatre fournit une aide aux aidants. Il est alors le tiers du travailleur social. Il peut également y avoir une collaboration soignante au travers d'une activité de consultation psychiatrique sur les lieux du social. De plus, chaque psychiatre en intra- ou extra-hospitalier doit collaborer avec le partenaire social. Du fait de l'inversion de demandes sémiologiques en situation d'auto-exclusion, les professionnels du social sont en possession d'informations sanitaires et inversement.

Même si ce n'est pas son champ d'action à proprement parler, la clinique psychosociale s'intéresse aux sujets souffrant de la peur de perdre les objets sociaux. En cas de « souffrance au travail », nous postulons qu'apporter un éclairage avec le concept de précarité et de souffrance psychique d'origine sociale peut enrichir notre réflexion.

III.CAS CLINIQUES

III.1. Mme E

III.1.1. Présentation clinique

Mme E, âgée de 35 ans, est adressée à la consultation de la polyclinique du Centre d'Accueil Psychiatrique par son médecin traitant suite à une agression survenue il y a un mois sur son lieu de travail.

Mme E a déjà été suivie dans cette structure il y a huit mois au décours d'une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire aux benzodiazépines dans un contexte de conflit avec son employeur, contre lequel elle a entamé une procédure prud'homale depuis un an et demi. Suivie et traitée par paroxétine pendant deux mois, elle avait suspendu toute prise en charge à la reprise de l'emploi. Elle ne présente pas d'autres antécédents psychiatriques et ne consomme pas de toxiques. Sur le plan somatique, nous notons une hypothyroïdie sur thyroïdite d'Hashimoto et une obésité morbide.

Mme E est adjointe de magasin dans un supermarché depuis trois ans. Elle vit en concubinage, sans enfant.

Premier entretien :

Mme E arrive en larmes à la consultation. Son discours est factuel. Elle dit avoir été « coincée dans la réserve » par son patron. Elle livre le récit de son agression entrecoupé par des sanglots : la voix menaçante de son patron, le caractère isolé et exigü de la réserve, la contrainte physique dos au mur, l'impossibilité de se dégager, la peur de mourir, la tachycardie, les sueurs. Son patron l'avait menacée pour qu'elle retire sa plainte aux prud'hommes. Elle ne se souvient plus comment elle est rentrée chez elle, évoquant une fuite dissociative.

On retrouve depuis cet événement des reviviscences de l'agression à type de flash visuels, des ruminations anxieuses sur le travail, des insomnies et des cauchemars à thématique professionnelle. On note une inversion du rythme nyctéméral. Les troubles de la concentration empêchent toute activité. Elle est incapable de répondre aux appels téléphoniques de ses collègues, ne sort plus de chez elle par peur de les croiser. Elle décrit une anesthésie affective, avec un détachement notamment par rapport à son compagnon qu'elle décrit pourtant comme très inquiet.

Face à cette symptomatologie anxieuse et ces conduites d'évitement évoluant depuis plus d'un mois, le diagnostic d'état de stress post-traumatique compliquant une réaction aiguë à un facteur de stress est retenu, et un traitement par inhibiteur de la recapture de sérotonine, paroxétine, est réintroduit. L'arrêt de travail initié par le médecin traitant est reconduit. Mme E est favorable à un suivi psychiatrique.

Anamnèse :

Il y a trois ans, Mme E quitte un emploi de caissière dans une droguerie pour un poste d'adjointe de magasin dans un supermarché, en contrat à durée indéterminée. Son employeur possède deux supermarchés franchisés sur Nice avec une vingtaine d'employés. Ce nouveau poste, sûr et mieux rémunéré, est également à la hauteur de sa formation professionnelle en gestion.

Elle a sous sa responsabilité une équipe de salariés, manutentionnaires et caissiers. Elle doit superviser les commandes, organiser les mises en rayon et s'assurer de remplir les objectifs chiffrés. Investie dans son travail et très active, six mois plus tard, son patron lui propose rapidement de prendre la direction de l'autre site actuellement en difficulté économique, mettant en avant ses qualités humaines et professionnelles. Admirative de son employeur qui, selon elle, avait réussi à monter une grosse entreprise, elle se dit très honorée de la confiance accordée et est enjouée à l'idée de relever ce défi. Arrivée dans le nouvel établissement, elle travaille 60 heures par semaine, multiplie les réunions d'organisation. Son enthousiasme est refroidi par une équipe de travail qui se montre hostile à son égard. Elle décrit des moqueries pendant les staff, ses décisions sont systématiquement contestées. Elle est accusée d'être l'émissaire du patron contre lequel quatre salariés ont déjà porté plainte aux prud'hommes pour non-paiement des heures supplémentaires. Mme E ne supporte pas cette position de « bourreau ». De plus, elle non plus n'est pas payée pour ses heures supplémentaires et son changement de statut, d'agent de maîtrise à cadre, n'a pas été modifié sur son contrat de travail. Malgré plusieurs relances, l'employeur ne modifie ni son contrat, ni sa feuille de paie. Il lui est également demandé de signer des feuilles de présence factices attestant de l'occupation de son ancien poste sous peine de ne percevoir aucun salaire. Dans ce contexte, Mme E décide de porter plainte aux prud'hommes pour travail dissimulé et non-respect du contrat de travail. Elle demande son licenciement aux torts de l'employeur. Elle décrit un sentiment d'injustice et une déception majeure à l'égard de son patron. Sa relation avec son employeur, jusque-là idéalisé, prend une tournure hostile. Trois mois plus tard, elle apprend au téléphone par une collègue sa

rétrogradation du rang de directrice à celui d'adjointe. Un raptus anxieux l'envahit, elle dit s'être sentie « délaissée et abandonnée » et ingurgite une boîte de benzodiazépines. Retrouvée au sol dans son appartement par son compagnon, elle est admise au Service d'Accueil des Urgences. L'évaluation psychiatrique aux urgences préconise un retour à domicile et un suivi psychiatrique ambulatoire.

Mme E se rend à la consultation de post-urgences. Les observations du psychiatre à l'époque font état d'un épisode dépressif majeur d'intensité légère. Le tableau clinique est centré sur un effondrement de l'estime de soi, avec une humeur triste et une anhédonie, une perte de la sensation de plaisir dans ses relations avec ses proches, ses loisirs et dans son travail. Un traitement antidépresseur, par paroxétine, est instauré. Après deux mois d'arrêt maladie et une amélioration clinique, elle souhaite reprendre son travail. Elle se dit « soulagée » par une visite de l'inspection du travail dans l'entreprise qui aurait noté plusieurs fautes, « ce n'est pas moi qui ai un problème » dit-elle. Elle n'honorera plus les rendez-vous médicaux.

À son retour, les conditions de travail se sont détériorées. Les clés du magasin et du coffre lui sont retirées, la gestion du personnel est déléguée à quelqu'un d'autre. Elle est destituée de toutes ses responsabilités qui faisaient l'importance de son poste. Alors qu'elle range les rayons, son patron, dans un geste violent, projette tous les articles au sol en l'accusant de mal faire son travail. Il l'accuse devant ses collègues de voler de l'argent dans la caisse. Mme E n'est pas la seule à subir ces mises à l'écart et ces humiliations. Les autres salariés qui ont porté plainte aux prud'hommes subissent les mêmes comportements. Les employés isolés, en charge de famille, retirent leur plainte. Les plus entourés et sans difficultés financières démissionnent. La solidarité et l'entraide n'existent plus. C'est un climat de peur qui règne dans le magasin. Les attitudes de délation se multiplient à l'image d'une collègue qui appelle le patron pour l'informer des trente minutes de retard de Mme E. Jusqu'au jour où son patron la suit dans la réserve, la plaque au mur, l'insulte et la menace de représailles physiques si elle ne retire pas sa plainte.

Mme E adhère au suivi psychiatrique et les entretiens se succèdent. Nous allons étudier quelques éléments biographiques à la recherche d'indices en faveur d'une psychopathologie sous-jacente.

Éléments biographiques :

Mme E est née à Nice, dans une famille au niveau socio-économique moyen, propriétaire d'un pavillon dans les quartiers nord de la ville. Elle a une petite sœur de quatre ans sa cadette. Sa mère, infirmière, a stoppé toute activité professionnelle pour élever ses enfants. Elle la décrit comme très protectrice, voire intrusive, « même au lycée, elle me regardait traverser la rue par la fenêtre ». Son père était gestionnaire de l'intendance à la maison d'arrêt de Nice. Il travaillait beaucoup, s'investissait peu dans l'éducation des enfants et déléguait toutes prises de décision à sa femme, selon elle. Mme E décrit un nid familial ostracisé où seuls les grands-parents maternels pénétraient occasionnellement. À ce jour, elle se dit très proche de sa mère qu'elle a au téléphone quotidiennement. À l'inverse, sa petite sœur devenue expert-comptable, mariée avec un enfant, est dépeinte, avec un ton de reproche, comme distante et peu attachée à la famille.

Mme E était une enfant sage et une élève assidue, soucieuse de ramener de bons résultats scolaires à ses parents. Elle réalise sa scolarité dans des établissements privés catholiques. À l'adolescence, une aversion pour la solitude apparaît. Elle évoque une lutte contre l'ennui qui l'amenait à multiplier les relations amicales et à cultiver l'appartenance aux groupes. On ne retrouve pas de graves troubles des conduites mais une irritabilité et une « tendance à s'emporter », selon elle, qui a incité ses parents à l'inscrire à des cours de hockey sur glace qu'elle a pratiqué près de dix ans.

Après l'obtention de son baccalauréat littéraire, elle s'inscrit en BTS gestion PME-PMI. Elle entame une relation amoureuse avec un homme de dix ans son aîné. Elle raconte « ma vie commençait enfin ». En quelques mois elle l'épouse contre l'avis de ses parents qui ne viendront pas au mariage. Son mari la convainc de réaliser un prêt et d'ouvrir un hôtel-restaurant à son nom propre. En quelques mois la faillite financière arrive, son époux demande le divorce et elle se retrouve avec plusieurs dizaines de milliers d'euros de dettes à rembourser seule.

Le récit qu'elle en livre se fait sur le ton de l'humour, « mes parents avaient raison » dit-elle en souriant comme une petite fille. Elle se défend de toute analyse de ses modalités de fonctionnement psychique au travers de rationalisations : « j'étais jeune », « c'était mon premier amour ». Quant aux conséquences de cette histoire sur son état psychique, elle les banalise. Elle reconnaît avoir eu des idées suicidaires « très vite passées ». Elle insiste sur le soutien indéfectible de ses parents qui l'ont alors hébergée, sans rancune. Il y a six ans, elle rencontre son compagnon actuel qui apparaît dans ses paroles sous l'aspect d'un homme inhibé et passif.

Évolution :

Cliniquement, la symptomatologie psycho-traumatique se chronicise. Les reviviscences de l'agression sont toujours présentes et accompagnées d'une angoisse massive. L'impression d'être aspirée dans un trou noir, la sensation de vide et l'impression d'étouffer l'envahissent. La thymie est basse, accompagnée d'une anhédonie et d'un apragmatisme renforcé par ses conduites d'évitement. Elle s'isole et vit recluse à son domicile. Elle ne parvient pas à se projeter dans l'avenir, hormis au travers de son seul objectif : « faire payer » son employeur. Sa quérulence lui permet de retrouver un certain élan vital mais ne restaure pas son estime de soi. Elle semble s'accrocher à une position de victime pour ne pas sombrer dans le néant, à l'image de son dossier prud'homal qu'elle emporte partout avec elle, y compris à nos consultations. Elle dit se sentir « honteuse » de la situation. En dehors de son compagnon, aucun de ses proches n'est au courant de sa situation socioprofessionnelle. À propos de sa mère, elle explique vouloir la tenir à distance pour ne pas être envahie par son angoisse. Le traitement par paroxétine est remplacé par de la duloxétine, augmentée progressivement jusqu'à 120 mg par jour.

À sa demande, nous proposons à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie la requalification de son épisode actuel en accident du travail. Un expert psychiatrique est nommé, et l'accident du travail est reconnu au titre de « syndrome anxio-dépressif réactionnel ». Le procès aux prud'hommes survient et l'employeur est condamné. Son travail effectif de cadre est reconnu, l'augmentation de salaire est statuée et elle obtient son licenciement. L'employeur réplique immédiatement et fait appel de la décision. L'affaire est rapidement traitée. Il est à nouveau condamné et écope d'une amende pour appel abusif. Malgré ses multiples reconnaissances obtenues, on ne constate aucune amélioration clinique.

Mme E est sans activité et passe le plus clair de ses journées devant la télévision. Cet apragmatisme est associé une apathie et à des ruminations. Malgré la reconnaissance de son préjudice, elle ne parvient pas à se détacher de sa position de victime. Elle décrit une relation chaotique avec son compagnon faite de conflits fréquents dont elle reconnaît être l'origine, « quand il me parle, je me sens agressée alors je l'attaque ». Des troubles du comportement apparaissent. En six mois, elle multiplie les accidents de la route en scooter, et est admise à trois reprises aux urgences pour des blessures légères. Elle débute une surconsommation de benzodiazépines « pour ne plus penser ». Des idées suicidaires fluctuantes sont retrouvées. Alors qu'une adaptation du traitement est discutée, Mme E est hospitalisée en urgence pour une pancréatite aiguë d'origine biliaire sans signe de gravité. Elle subit une cholécystectomie et passe quinze jours à l'hôpital. Elle décrit alors un apaisement et un sentiment de sécurité. Ses

parents, sa sœur et son compagnon se relaient à son chevet. La douleur physique est rapportée comme intense mais sans affects tristes. Depuis cet épisode, on constate une mise à distance de sa problématique traumatique. Son sentiment d'incapacité s'estompe et elle se lance à la recherche d'un nouvel emploi.

III.1.2. Discussion diagnostique et psychopathologique

III.1.2.1. Un état de stress post-traumatique

Au moment de notre rencontre, Mme E présente un état de stress post-traumatique. L'agression a provoqué une réaction aiguë de stress dépassée. Cet événement menaçant, de survenue brutale, a été associé chez elle à la peur de mourir. Elle a présenté des signes physiques de stress (tachycardie, sueurs, oppression thoracique) associés à une sidération puis une fuite dissociative. Dès le soir même, des reviviscences traumatiques à type de flash visuels apparaissent.

Dans les semaines qui suivent, la tension intrapsychique ne cède pas. La scène traumatique est revécue de jour comme de nuit. Des conduites d'évitement s'installent, elle ne sort plus de chez elle, de peur de croiser son patron. Repasser devant un supermarché provoque une réactivation anxieuse. Elle décrit un état d'hypervigilance, avec sursaut pouvant aller jusqu'à une sensation d'effroi au moindre stimulus, le téléphone qui sonne, un bruit dans l'appartement. Mme E, envahie par son vécu traumatique, se détache de son environnement avec une perte d'intérêt et de motivation. La symptomatologie dépressive s'installe. On retrouve également un sentiment que l'on peut qualifier de « culpabilité du survivant ». Maintenir sa plainte aux prud'hommes, nourrit une culpabilité à l'égard de ses collègues qui n'ont pas pu entamer de procédure judiciaire faute de moyens financiers, selon elle. L'analyse de la temporalité vécue est en faveur du caractère traumatique de cet événement. Elle semble fixée dans l'instant, la projection dans l'avenir n'est pas possible et le passé ne donne lieu à aucune élaboration psychique. Cette agression a cristallisé ce contexte professionnel pourvoyeur d'une souffrance morale intense et a alimenté son sentiment d'injustice, ainsi que son besoin de réparation.

La prévalence en population générale de l'état de stress post-traumatique est de 0,7 % et 5 % de gens présentent des troubles psychotraumatiques : personnes confrontées à un événement traumatique, présentant des phénomènes de reviviscences de la scène et au moins un élément psychopathologique en rapport avec le trauma (hyperéveil, évitement, troubles du sommeil, etc.), retentissant sur le fonctionnement quotidien de ces personnes (Vaiva, 2008).

Mme E possède plusieurs facteurs de risques favorisant la survenue d'un état de stress post-traumatique. Le sexe féminin, un antécédent récent d'épisode dépressif et la présence d'un trouble de la personnalité, que nous étudierons dans un second temps, sont des facteurs de risque individuels. Le fait que l'agression ait eu lieu dans un espace sombre et fermé et la nature interpersonnelle de l'événement sont des facteurs de risque. L'absence de soutien du collectif a également joué un rôle dans l'apparition du trouble.

III.1.2.2. Une personnalité dépendante

Au décours du suivi, nous évoquons le diagnostic de trouble de la personnalité de type dépendant. Sur le plan psychosocial, les personnalités dépendantes ont une conception du monde centrée sur leur besoin des autres puisqu'ils ont la conviction de ne pas pouvoir s'assumer seuls. Leurs objectifs existentiels sont de s'attacher aux autres et de leur faire confiance à tout prix. Ils se caractérisent par un milieu éducatif avec hyper-protection, décourageant toute initiative. Les contacts avec les frères et sœurs peuvent provoquer des sentiments d'insuffisance et d'inattractivité (Loas, 2008).

Ses relations interpersonnelles sont émaillées par la crainte d'être abandonnée, associée à l'idée d'être livrée à elle-même sans parvenir à gérer sa vie seule. Adolescente, elle prenait des heures de colle à la place de ses copines pour ne pas perdre leur amitié. Adulte, elle endosse la responsabilité financière du projet professionnel de son ex-mari et se retrouve criblée de dettes. A son travail, ce fonctionnement psychique la conduit dans une impasse. Elle se retrouve tiraillée entre son patron qui attend d'elle une restriction de personnel, et son équipe en position de lutte contre la hiérarchie. L'angoisse de perdre le soutien de l'un des deux l'empêche d'aménager la situation et de trouver un compromis avec elle-même. Quand elle finit par adhérer à l'idéologie collective du « patron persécuteur » et qu'elle porte plaintes aux prud'hommes, la réaction hostile de son patron, à savoir sa rétrogradation au poste de directrice adjointe, est intolérable. Elle fait alors une tentative de suicide.

Mme E investit rapidement et massivement le suivi psychiatrique. Elle peut adopter des attitudes de séduction, sans aller jusqu'à l'obséquiosité, en nous offrant des chocolats, en nous complimentant sur la qualité de notre service de consultation. Elle se montre très passive dans les soins et formule peu de demandes. La conscience de son fonctionnement psychique est précaire. Elle ne parvient pas à critiquer les multiples situations délicates dans lesquelles elle s'est retrouvée. Elle qualifie ses réactions de « solidaires ».

III.1.2.3. Un narcissisme pathologique

Jeammet (2001) décrit la dépendance comme l'utilisation à des fins défensives de la réalité perceptivo-motrice, comme contre-investissement d'une réalité psychique interne défaillante ou menaçante. La dépendance est une constante du fonctionnement mental. Ce jeu dialectique entre réalité interne et réalité externe est normal. La pathologie apparaît lorsque ce mode de fonctionnement devient prévalent et durable, au détriment d'autres modalités de fonctionnement. Darcourt (2006) nous rappelle l'intérêt d'utiliser le concept d'estime de soi dans l'analyse des cas où le narcissisme est pathologique. Selon lui, l'estime de soi se caractérise par son degré et sa solidité.

Mme E a une estime de soi faible en terme quantitatif. Sa personnalité s'organise autour de la conviction de ne pas être à la hauteur des situations, et de ne pas avoir les ressources suffisantes pour les affronter seule. Son estime de soi présente des oscillations importantes, conditionnées par les facteurs externes. Les flatteries de son patron avant sa mutation dans le deuxième établissement lui apportent une auto-satisfaction qui possède quelque chose de dérisoire et de mal assuré. Arrivée dans un établissement en sous-effectif et dans une situation économique catastrophique, elle croit pouvoir rétablir la tendance et s'investit à corps perdu dans son travail. Sa rétrogradation au rang de directrice adjointe est vécue sur le mode de l'échec et la plonge dans le désespoir jusqu'au geste suicidaire.

Le paradoxe du narcissisme réside dans le fait qu'il se nourrit de l'objet pour s'épanouir, mais vit l'objet comme persécuteur quand il lui apparaît comme existant hors de lui. La problématique du lien et de la distance est centrale, ni trop près ni trop loin, pour lutter contre les angoisses d'intrusion d'un côté et les angoisses d'abandon de l'autre (Jeammet, 2001)

Son emploi de directrice de supermarché entre en résonance avec un idéal du moi empreint des valeurs, socialement portées, de performance et de réussite individuelle. Le travail devient un objet du monde perceptivo-moteur avec lequel le narcissisme va tisser une relation de dépendance. Mme E est d'abord dans une idéalisation de son activité. Elle surestime son rôle dans le magasin, employant des termes comme « une place centrale », « un rouage nécessaire », et est convaincue d'être irremplaçable. Son attachement à l'entreprise est personnifié par son patron qu'elle admire pour sa réussite professionnelle. Mais aujourd'hui, la situation est diamétralement différente. Son travail et son patron sont devenus des persécuteurs. Sa plainte pourrait être interprétée comme une tentative de reprendre le contrôle sur ce qu'elle était en train de perdre. Elle incarnerait une mise à distance tout en conservant le lien avec l'entreprise. Quand le procès se termine, elle a certes gagné mais elle est confrontée à la perte qui engendre,

chez elle, l'effondrement narcissique. C'est à nouveau dans le perceptivo-moteur qu'elle recherche un apaisement. Accidents de la route à répétition, surconsommation de benzodiazépines sont autant de conduites auto-destructrices qui l'aident à lutter contre le vide au travers des sensations.

III.1.3. Analyse clinique du travail

A notre consultation, Mme E attribue sa souffrance à son travail. Sa pathologie « anxio-dépressive » a été reconnue par la CPAM comme la conséquence d'un accident du travail. À l'aide de la clinique du travail nous allons tenter d'élucider ce qui, dans le travail, la fait souffrir. Dans un second temps, à l'aide des outils d'analyse fournis par la psychodynamique du travail, nous émettrons des hypothèses concernant le collectif de travail.

III.1.3.1. Histoire professionnelle

Mme E a une formation en gestion des PME et PMI. Elle possède un bagage théorique, niveau BTS, en matière de comptabilité, de techniques commerciales et managériales. Ses premiers contacts avec le monde du travail se sont faits au travers d'entreprises familiales : la bijouterie de ses ex-beaux-parents puis l'hôtel-restaurant avec son ex-mari. Après son divorce, Mme E est entrée dans le monde de la grande distribution. Tantôt caissière dans un hypermarché, tantôt chef de rayon dans un supermarché de surgelés, les contrats à durée déterminée se succèdent. Elle n'hésite pas à occuper des emplois sous-qualifiés pour éviter les périodes de chômage, qu'elle considère avec agressivité être « pour les feignants ». Trouver un poste non précaire et à temps plein est une priorité. La place en CDI de directrice adjointe dans la grande distribution est une aubaine. En plus de lui permettre d'accéder à un niveau socio-économique plus élevé, ce poste est le premier qu'elle obtient à la hauteur de sa qualification.

III.1.3.2. Une reconnaissance destituée

Cliniquement, Mme E présente un syndrome de stress post-traumatique qui s'est compliqué d'un épisode dépressif majeur. Le point central de son trouble est un effondrement de l'estime de soi. Nous allons étudier comment l'absence de reconnaissance, dans sa situation de travail, peut avoir des conséquences psychopathologiques.

En psychodynamique du travail, la reconnaissance est l'opérateur principal en termes de santé. Dans cette théorie, elle porte sur l'activité elle-même, sur le « faire ». Elle est délivrée au travailleur par ses collègues et sa hiérarchie au travers des jugements de beauté et d'utilité. Ces

derniers confèrent au travail une conformité aux règles de métier tout en le distinguant du travail des autres. Dans un second temps, cette reconnaissance pourra être rabattue sur l'« être » et ainsi participer à la dynamique de l'identité (Dejours, 1993). Nous comprenons alors que « la “vraie” reconnaissance du travail s'inscrit matériellement dans l'organisation du travail sous la forme des moyens accordés pour pouvoir le faire avec soin » (Molinier et Flottes, 2012).

Directrice de magasin, le travail de Mme E n'est pas jugé utile par sa hiérarchie. Sur le plan économique, le magasin est déficitaire et son patron lui fait remarquer que, depuis sa nomination, les chiffres ne se sont pas améliorés. De plus, Mme E interprète son refus de lui faire signer un contrat de travail conforme à sa nouvelle fiche de poste de cadre comme la preuve que son activité n'est pas à la hauteur de celle d'un directeur. Son équipe lui renvoie également le caractère inutile de son travail en ne respectant pas ses consignes. Elle évoque un vécu d'humiliation lors des réunions où ses subordonnés ne l'écoutent pas ou quittent la salle de façon impromptue. Le jugement de beauté, que lui confère notamment son collègue directeur de l'autre site, est aussi médiocre. Faire un « beau » travail de directeur, c'est parvenir à asseoir son autorité au sein du collectif et avoir un magasin propre et bien fourni. Ici, le magasin n'est pas entretenu correctement, les rayons pas réassortis régulièrement et il existe de nombreux doublons dans les commandes. Des produits périmés sont souvent retrouvés en rayons et les consignes de sécurité ne sont pas respectées.

De plus, Mme E est exposée à un conflit de valeur. Son patron lui demande de lui rapporter toutes les fautes commises par les employés afin de pouvoir procéder à des licenciements à moindres frais. Cette pratique va à l'encontre de ses valeurs morales et crée une souffrance éthique. Elle est confrontée à la sensation de ne pas faire un travail de qualité. En l'absence de reconnaissance, la psychodynamique du travail nous apprend que la souffrance, inhérente à la confrontation au réel qu'impose le travail, ne peut plus être transformée en plaisir et devient pathogène (Dejours, 1980). À terme, cette souffrance professionnelle pourrait avoir des répercussions sur la construction identitaire du sujet.

III.1.3.3. Un collectif face à la souffrance

La psychodynamique du travail, nous invite à chercher l'origine de cette souffrance individuelle dans l'organisation du travail. Les éléments concernant l'entreprise nous sont rapportés par Mme E, nous ne ferons donc qu'émettre des hypothèses concernant le collectif. Nous ne cherchons pas une explication causale à sa souffrance au travail, mais nous souhaitons

alimenter notre réflexion sur les mécanismes à l'œuvre dans la situation afin de mieux comprendre la problématique de notre patiente.

Le premier constat fondé sur des arguments objectifs est la présence d'indicateurs de risques psychosociaux liés au fonctionnement de l'entreprise. De nombreux agents sont en arrêt de travail, des plaintes aux prud'hommes ont été portées pour non-respect du contrat de travail. Plusieurs salariés ont été licenciés pour faute, de façon arbitraire selon les collègues. Le turnover de personnel est intensif, l'employé le plus ancien a été embauché il y a un an. La présence de tels indicateurs devrait inciter la direction et le médecin du travail à rechercher la présence de risques psychosociaux (INRS, 2007).

Dejours (2009) constate qu'aucun travailleur ne reste passif devant la souffrance. Des mécanismes de défenses individuels et collectifs se mettent en place. Dans cette situation, les travailleurs sont confrontés à une menace de licenciement. De plus, comme pour Mme E, leur pouvoir d'agir est amputé par l'organisation du travail. Le patron refuse de remplacer les employés absents, et aucun moyen financier n'est débloqué pour améliorer la situation économique du magasin. Dans ces conditions, ils ne peuvent exercer correctement leur métier. Les stratégies collectives de défense, comme le déni collectif du risque ou du travail mal fait, ne fonctionnent plus. La confiance et la loyauté nécessaires à la réalisation du travail laissent place à la méfiance et à la destruction des solidarités. La coopération ne peut plus se faire. Dans ce climat de tension, l'ultime stratégie du collectif est la mise en place d'une « idéologie défensive de métier ». Ce mécanisme fournit une idéologie qui vient contrebalancer la sidération psychique générée par la souffrance et la peur.

L'ennemi commun est ici le patron, et par conséquent Mme E, qui l'incarne sur le site. Se sentant exclue et persécutée, elle finit par adhérer à la pensée d'emprunt véhiculée par l'idéologie défensive. Le patron devient le responsable de tous ses maux et la lutte est sa seule solution. Ainsi, elle porte plainte aux prud'hommes. Nous y voyons là une tentative de s'approprier les mécanismes de défense collectifs pour lutter contre sa souffrance.

Sa rétrogradation de directrice à directrice adjointe lui renvoie une image d'elle-même insupportable, elle se sent encore destituée de toute reconnaissance de son travail. Ces événements entraînent un geste suicidaire dans un contexte de raptus. Toute l'entreprise est rapidement au courant. À son retour, au poste de directrice adjointe, la nouvelle directrice lui retire les clés du magasin et celles du coffre, que toute adjointe doit pourtant posséder. Elle est dénoncée par ses collègues en cas de retard, soupçonnée de voler de l'argent dans la caisse.

En plus de la peur de la précarité socio-économique, le geste de Mme E fait surgir dans les consciences la peur de la décompensation psychopathologique en lien avec l'extrême tension. En la mettant à l'écart, le collectif se rassemble autour du déni de ce risque. Des rationalisations autour d'une fragilité personnelle antérieure de Mme E participent à ce mouvement et s'opposent à toute réflexion sur l'organisation du travail. L'agression de son patron survient dans un contexte où la patiente est dans une solitude exacerbée. Comme nous l'avons étudié, cette absence de soutien du collectif favorise la survenue d'un syndrome de stress post-traumatique.

À ce jour, les deux magasins ont fermé suite à un dépôt de bilan. Les salariés ont bénéficié de licenciements économiques. L'entreprise a été condamnée dans les sept procès aux prud'hommes intentés contre elle.

III.1.4. Analyse psychosociale

Enfin, nous allons étudier ce cas sous l'angle de la clinique psychosociale en abordant le travail comme un objet social. Nous nous décalons de la thèse de la centralité du travail soutenue en psychodynamique du travail afin d'étudier le sujet dans la scène sociale.

III.1.4.1. Une disparition de la scène sociale

Directrice de magasin, Mme E n'est pas parvenue à être la professionnelle qu'elle pensait devoir être. Aux prises d'un côté avec une équipe de travail avec laquelle elle ne réussit pas à asseoir son autorité, et de l'autre avec un patron qui ne lui fournit aucune reconnaissance, un vécu d'impasse s'installe progressivement.

Animée par l'espoir de reconquérir sa place au sein du collectif, elle adhère à l'idéologie défensive de métier. Elle se positionne en tant que victime face au patron, s'empare du vécu de persécution et porte plainte aux prud'hommes. Mais, ses démarches ne lui permettent pas de reconquérir son appartenance dans le groupe professionnel et accutisent le conflit avec son patron. Face à l'échec de cette ultime tentative, le sentiment d'impasse et le désespoir la gagnent.

L'objet social travail n'est pas perdu mais le lien social est rompu. Cette fragilisation met Mme E dans une situation de précarité au sens de Furtos : « la peur de perdre les objets sociaux » (Furtos, 2008). Cette peur liée à une insécurité externe, au-delà de la problématique matérielle, pose la question de la place du sujet dans la société. En état de précarité, la

confiance en l'autre et l'espoir d'un avenir meilleur disparaissent. Chez Mme E, les relations interpersonnelles professionnelles et le collectif de travail ne sont plus des étayages sur lesquels s'appuyer, la confiance laisse place à la persécution. La souffrance psychique liée à la vulnérabilité de la précarité sociale s'installe.

Roussillon, dans un article s'intitulant La logique du plus faible, (2008), met en garde les praticiens contre une application des représentations de la norme du fonctionnement psychique sans considérer le contexte social. Dans les souffrances où la confiance en la conservation des objets sociaux est menacée, le sujet n'est plus habité par l'espoir. Le renoncement ne s'accompagne pas de l'idée d'un plaisir meilleur, mais est vécu comme une perte, sans compensation ni consolation. La situation est ressentie comme une impasse, « sans issue au sein d'une économie de plaisir » et le monde subjectif du sujet est confronté à « l'impasse du principe de réalité ». Il met en place des solutions de survies « anormales du point de vue de la logique de renoncement, elles sont en revanche logiques dans les situations d'impasses existentielles ». La fuite et l'évitement peuvent alors être entendus comme des solutions et non pas comme l'expression d'une psychopathologie sous-jacente. En revanche, la psychopathologie surgit dans le lien que le sujet entretient avec la solution qu'il a dû mettre en œuvre (Roussillon, 2008).

Dans notre cas, le départ de l'entreprise de Mme E à la suite de l'agression par son patron était une question de survie. L'évitement s'intègre au tableau clinique du psycho-traumatisme. Mais l'effraction psychique perçue lors des menaces fait écho au traumatisme lié à la rupture de son appartenance professionnelle. Avoir fui, être en arrêt maladie, ne plus aller au travail, Mme E en a honte. Elle n'en parle pas à ses proches. Ambivalente, elle rumine l'idée qu'elle n'a pas été à la hauteur de la situation, tout en accusant son patron d'être responsable de sa souffrance. A ses parents, sa sœur et certains amis, elle ment en racontant un quotidien imaginaire dans lequel elle occupe sa place de directrice. En entretien, elle critique ces mensonges mais reconnaît qu'elle y prend un certain plaisir, « c'est comme une vie imaginaire » dit-elle. Au bout de deux mois, alors qu'elle obtient la reconnaissance de sa pathologie au titre de l'accident du travail par la CPAM, elle avoue la tromperie.

Ce bref épisode de mystification peut être considéré comme un mécanisme de défense contre sa souffrance identitaire. Le personnage imaginaire représente un « idéal du moi désincarné » qui permet d'éviter les frustrations et d'échapper à l'angoisse, aménagement souvent retrouvé chez les états-limites (Gallet, 2001). Ses mensonges peuvent aussi être rapprochés du concept d'« onirisme social » de Lanzarini. Il s'agit, dans les états de pauvreté

extrême, d'un « exercice de maintien de la santé mentale », d'un « mode de recours à l'imaginaire pour compenser la dévalorisation sociale » (Lanzarini, 1997).

III.1.4.2. Une tentative de réapparition

Lorsque nous rencontrons Mme E, elle s'est massivement investie dans la bataille judiciaire qui l'oppose à son employeur. Le seul espoir qui l'anime est de gagner le procès « pour que tout s'arrange ». Malgré sa perte d'élan et son repli à domicile, elle tisse des liens avec les six autres collègues qui ont porté plainte. Un nouveau collectif se forme. Ils s'appellent, s'informent des avancées de leurs dossiers respectifs. C'est une solidarité dans la persécution qui se crée. Elle s'appuie sur cette nouvelle appartenance qui lui confère une scène sociale sur laquelle exister, un quotidien de substitution. Mais en quelques mois, les liens s'espacent. Certains ont repris une activité professionnelle et d'autres ne lui répondent plus au téléphone. Mme E est encore confrontée à une rupture de lien vécu comme un abandon, une exclusion.

Les sujets confrontés à des ruptures traumatiques dans le champ social, divorce hostile ou licenciement, voient leurs scènes de l'habitude détruites et sont plongés dans une inquiétante étrangeté. Le sujet s'empresse de désigner un responsable pour se protéger contre des retours de la pulsion de mort sur sa propre personne. La bataille contre l'intrus est une scène qui vient se substituer à la scène des habitudes dévastées (Colin et Duez, 2008).

En psychanalyse, le lien qui unit le sujet à ses habitudes est envisagé comme relevant du narcissisme primaire. Ce stade du développement psychique permet au sujet d'acquérir une première forme de subjectivité. Dans cette position, le sujet est reconnu par l'autre, double de soi, mais ne s'en est pas encore différencié. « Au vu des effets de leur destruction, les habitudes apparaissent dès lors comme la persistance nécessaire mais restreinte du lien que le sujet entretient à l'environnement dans la configuration du narcissisme primaire, stade anobjectal car stade essentiellement de l'ordre d'une scénalité originnaire où le sujet est à lui-même son propre objet dans la mesure où l'objet n'est pas constitué » (Colin et Duez, 2008). Le travail, au travers des trajets, des locaux, des collègues ou encore de l'activité, tient une place majeure dans nos habitudes et notre quotidien. Alors, une perte d'emploi dans ce qu'elle modifie dans le quotidien, peut engendrer des angoisses archaïques au travers de mouvements de régression.

III.1.4.3. Le lien social qui se mélancolise

Mme E finit par gagner le procès aux prud'hommes. Elle, qui s'impatientait de la durée des procédures, qui attendait cette victoire comme on attend un miracle, adopte en entretien un

discours de circonstance : elle se dit soulagée, pense pouvoir enfin passer à autre chose. Mais derrière ces paroles très policées, des troubles du comportement à type de mises en danger apparaissent : surconsommation des benzodiazépines et accidents de la voie publique. Elle rapporte des idées suicidaires fluctuantes et des angoisses centrées sur le corps : la peur de mourir asphyxiée avec sa langue, une sensation de vide qu'elle situe au niveau du ventre.

La cohérence psychique de Mme E est mise à mal. Elle a recours à une nouvelle modalité de fonctionnement : le clivage. D'un côté, elle présente des gestes auto-agressifs et des idées suicidaires et de l'autre, elle se réfugie dans une pensée d'emprunt où tout va bien. Entre les deux, aucune élaboration psychique n'est possible.

D'un point de vue psychosocial, cette absence d'amélioration clinique à la suite du procès peut être rapprochée d'une mélancolisation du lien social. Pour Douville, la clinique de la mélancolie n'est pas du côté de la déchéance, mais du côté de la mort du lien social, éveillant le sentiment de perte de la propriété corporelle. C'est le lien à l'autre qui est attaqué et qui ne parvient plus à être réinvesti, enfermant le sujet dans une souffrance qu'il ne parvient plus à mettre en mots. « Ces formes de la mort sociale ont un effet révélateur de levée d'un refoulement, refoulement structural qui protège le sujet social de la propre révélation de son incondition psychique dans le corps et le langage. » (Douville, 1998).

Quand finalement, elle est hospitalisée pour une pancréatite aiguë, tout se passe comme si le conflit intrapsychique s'était déplacé dans son corps. La douleur est désormais objectivable et intelligible. Ces soins ont également engendré un maternage qui lui a permis de ré-habiter son corps et de recréer une unité psychique.

III.2. Mr F

III.2.1. Présentation clinique

Mr F, âgé de 47 ans, est adressé en octobre 2012 au service de dépression résistante de l'hôpital Pasteur du Centre Hospitalier Universitaire de Nice par une clinique privée pour prise en charge d'un épisode dépressif majeur avec caractéristiques mélancoliques dans un contexte de trouble bipolaire de type II.

Ses antécédents somatiques sont marqués par un trauma du genou gauche (1990), un ulcère gastro-duodénal (diagnostiqué en 2009), une polypose colique (2009) et une colique néphrétique aiguë (2010). Il ne présente aucun antécédent psychiatrique. On ne note pas de prise de toxiques avant le début des troubles, hormis un tabagisme actif à 25 paquet-années.

Dans ses antécédents familiaux, on retrouve chez sa mère une pathologie addictive de type alcoolique et plusieurs tentatives de suicide par phlébotomie et intoxication médicamenteuse volontaire. Ces troubles ont été à l'origine de nombreuses hospitalisations en service de psychiatrie.

Sur le plan socio-familial, au moment de notre rencontre, Mr F est marié depuis 20 ans, il a une fille unique âgée de 22 ans. Il est sans activité depuis août 2011. Il était cadre chez Castorama.

Le compte rendu de la clinique fait état pour tout antécédent psychiatrique de trois hospitalisations consécutives depuis décembre 2011 pour le même motif, dont une au décours d'une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire ayant nécessité un passage en réanimation. Selon le psychiatre libéral, le trouble psychique serait survenu à la suite d'un burn-out professionnel. Il décrit une prise en charge complexe du fait de traits de personnalité limite (estime de soi fragile et fonctionnement en tout ou rien) et d'une grande labilité thymique depuis un an. La liste des traitements médicamenteux tentés est longue. À visée thymorégulatrice, plusieurs anti-épileptiques ont été essayé : carbamazépine et divalproate de sodium. Ce traitement était associé à un antidépresseur : escitalopram, venlafaxine. L'ordonnance de sortie de la clinique comprenait : téralithe et fluoxétine.

Premiers entretiens :

Mr F est un homme typé maghrébin, de corpulence moyenne, brun, aux yeux clairs. Sa présentation vestimentaire soignée contraste avec une attitude corporelle repliée sur lui. À l'entrée, il se tient penché en avant, la tête inclinée vers le sol. Les traits du visage sont figés, le regard est triste. Le ralentissement psychomoteur est important, sans catatonie. Dans le service, Mr F est clinophile et en retrait, il communique peu avec les autres patients et avec l'équipe soignante. Le discours est pauvre, avec une latence des réponses augmentées reflétant la bradypsychie et des troubles attentionnels. Il présente une profonde tristesse de l'humeur associée à une douleur morale intense et un émoussement affectif marqué par une froideur du contact. Il verbalise des sentiments d'auto-dépréciation, d'impuissance et d'incapacité centrées sur la perte de son emploi. Sa perte d'activité professionnelle n'est pas associée à des idées de ruine. On ne retrouve aucune thématique d'hypocondrie, ni activité hallucinatoire. Il existe des idées suicidaires, fluctuantes dans le temps, sans scénario précis. La mort est envisagée comme un arrêt de la souffrance et est sous-tendue par des idées d'incurabilité qu'il verbalise comme « la perte d'espoir de redevenir un jour normal ». Sur le plan somatique, on retrouve un trouble de l'appétit, avec une perte de cinq kilos en deux mois, et des insomnies à type de réveils précoces au petit matin.

Face à ce tableau clinique, dans le service le diagnostic d'épisode dépressif majeur avec caractéristique mélancolique est confirmé.

Le traitement médicamenteux est modifié. Le téralithe est conservé mais associé à de la lamotrigine. La fluoxétine est rapidement remplacé par de la clomipramine. Du lorazépam est introduit à visée anxiolytique. Face à la sévérité du trouble, un traitement par sismothérapie (12 séances réalisées de façon bihebdomadaires) est proposé et accepté par le patient.

Entretien avec son épouse :

À l'instauration des sismothérapies, nous rencontrons l'épouse du patient, une jeune femme blonde, apprêtée et élégante. Le couple est marié depuis 20 ans, ils ont ensemble une fille âgée de 22 ans. Elle décrit Mr F comme un mari aimant et fidèle, un père protecteur et attentionné et surtout comme « un grand travailleur ». Elle raconte une rupture avec l'état antérieur en 2010 alors que son époux est passé cadre depuis deux ans chez Castorama, où il est salarié depuis 20 ans. Ses horaires de travail sont devenus de plus en plus extensifs, dépassant les 70 heures par semaine. Son mari était en permanence inquiet de remplir les objectifs

professionnels. Elle dit l'avoir vu se replier progressivement sur lui, parler de moins en moins le soir, débiter une consommation d'alcool fort pour lutter contre les insomnies. Il refusait de sortir, ne prenait plus de congés, passait ses dimanches sur le canapé. Madame ne relate ni conflits conjugaux, ni événements de vie stressants à cette époque. C'est en août 2011 que la situation s'est modifiée. Elle nous apprend que son mari, « par désespoir », a menacé le directeur de Castorama avec une barre de fer. Depuis ce jour il n'a plus travaillé, il a pris un avocat pour traduire l'entreprise en justice, l'accusant d'être responsable des altérations de son état psychique. Pour éviter le procès aux prud'hommes, Castorama propose un licenciement à l'amiable et un dédommagement monétaire de plusieurs dizaines de milliers d'euros. Mais entre temps et un mois après ce grave incident, Mr F fait une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire. Mme F est virulente au sujet de l'entreprise qu'elle tient pour responsable de la santé de son époux, « c'est eux qui m'ont enlevé mon mari ».

Evolution dans le service :

Au bout de huit séances de sismothérapie, on note une amélioration clinique essentiellement comportementale. Le ralentissement psychomoteur s'atténue, les interactions se multiplient. Mr F s'inscrit dans les activités thérapeutiques du service comme l'ergothérapie et la méditation. Parallèlement, les entretiens psychiatriques s'enrichissent. Il raconte avec fierté son parcours professionnel et son investissement dans l'entreprise depuis 20 ans, où il est entré sans diplôme comme employé de libre service, c'est-à-dire manutentionnaire. Il explique l'importance accordée à sa réussite professionnelle par ses éléments biographiques, « une revanche sur la vie ».

L'état de santé de Mr F évolue lentement. Au bout de trois mois les caractéristiques cliniques mélancoliques telles que l'anesthésie affective et l'inhibition psychomotrice régressent. L'humeur reste triste et Mr F ne perçoit pas de franche amélioration clinique. Les ruminations dépressives s'expriment sous la forme de « je ne me reconnais plus » ou encore « j'ai l'impression de ne plus être moi-même ». Il étaye son sentiment d'étrangeté par ses récits concernant son ascension sociale, sa situation familiale et sa carrière professionnelle. Les permissions de week-end sont souvent écourtées à cause d'une recrudescence anxieuse et la réapparition d'idées suicidaires en dehors de l'institution.

Éléments biographiques :

Il est né dans une cité HLM d'une petite ville de la Côte d'Azur. Son père est de nationalité algérienne et sa mère française. Mr F n'a pas de souvenirs de son père qui est décédé alors qu'il avait quelques mois, des suites d'un cancer. Il porte son nom de famille. Il a grandi avec sa mère et son beau-père à partir de ses deux ans. Quatre enfants naîtront de cette nouvelle union. Mr F raconte une enfance dans une grande précarité socio-économique et marquée par des carences affectives majeures et de nombreuses ruptures. Il relate des violences conjugales, une mère incapable de s'occuper des enfants du fait d'un alcoolisme chronique et de plusieurs tentatives de suicides entraînant des hospitalisations psychiatriques itératives. La fratrie est placée à plusieurs reprises par mesure judiciaire en famille d'accueil et en foyer, multipliant les aller-retours entre le domicile familial et les structures sociales. Sa scolarité est également chaotique. Il arrête l'école en sixième, âgé de 14 ans, il a acquis l'écriture et la lecture. Encadré par les services socio-éducatifs, il signe plusieurs contrats d'apprentissages : emploi dans les hippodromes, manœuvre sur les chantiers. Son adolescence est marquée par des faits de délinquance à type de vol de voitures, de consommation de cannabis mais sans aucune condamnation judiciaire. A 18 ans, alors qu'il vivait au domicile familial, sa mère décède d'une cirrhose. La même année, il rencontre son épouse actuelle et s'installe avec elle. Il multiplie les petits boulots, sa compagne trouve un poste de laborantine dans une parfumerie. Le couple se marie et donne naissance à leur unique enfant, Mr F a 25 ans. Deux ans plus tard, il est embauché chez Castorama. Sur le plan familial, son beau-père est décédé il y a cinq ans et il n'a plus aucun contact avec ses frères et sœurs.

Ce récit d'une enfance carencée et chaotique, est livré avec un détachement émotionnel important, il reste factuel. Il le met au profit d'une tentative de compréhension psychologique de sa situation actuelle de façon causaliste sans plus d'élaboration psychique.

Anamnèse :

À propos de son histoire professionnelle, il évoque un attachement affectif à l'entreprise. Il raconte avoir rapidement trouvé sa place dans cet univers qu'il qualifie de « juste et fait de valeurs ». Il se décrit comme un employé consciencieux et perfectionniste, ayant à cœur de bien s'entendre avec ses collègues. Quelques années plus tard, le directeur du magasin le promeut chef de rayon. Cette mutation est pour lui la récompense de ses efforts, il en tire un fort sentiment de reconnaissance et une estime de lui consolidée, « je me suis senti plus assuré en

tant que père et que mari ». Il est désormais au contact des clients et possède des objectifs de vente chiffrés. Il décrit son intérêt pour les relations avec les clients, le plaisir de les satisfaire, son envie d'apprendre de nouvelles techniques commerciales. Il ne rapporte aucune difficulté et aucun conflit. Son discours paraît authentique mais marqué par une naïveté et une idéalisation de la situation.

Se conformant aux règles avec rigueur et s'impliquant dans toutes ses tâches, il est considéré comme un employé modèle par sa hiérarchie qui le nomme cadre en 2008. Mr F a 43 ans, il est désormais responsable de secteur, l'augmentation de salaire est conséquente. Il dirige une équipe de 15 personnes et tout le secteur décoration du magasin. Ses missions concernent le chiffre d'affaires, la gestion des marges, des stocks, des offres promotionnelles et les relations avec les fournisseurs. Il siège au comité de direction du magasin et se rend à la maison mère, à Lille, pour les bilans annuels. Contrairement à ses autres collègues cadres, Mr F n'a aucun diplôme, ni même le baccalauréat. Il dit se sentir obligé de redoubler d'efforts « pour être à la hauteur de la confiance accordée » et pour gagner en légitimité aux yeux de ses pairs. Au même moment, un nouveau directeur de magasin est nommé, avec qui il décrit une bonne entente dès le départ. Un parfum d'enthousiasme plane. Lors de sa première réunion annuelle, les objectifs sont dépassés de plus de 30 %, son cas pris en exemple pour les autres salariés, il obtient les félicitations de la direction nationale et une prime. Grâce à ces évolutions, la famille achète une villa dans un quartier résidentiel, ils atteignent un niveau socio-économique élevé.

Mais les objectifs augmentent continuellement nécessitant, selon lui, un investissement toujours plus important dans son travail. Il raconte se sentir responsable de l'entreprise. Au nom de son bon fonctionnement, il multiplie les heures de travail, remplace lui-même les employés absents. Mr F. n'hésite pas à faire office de vigile à l'entrée, à couler du béton en cas de commande urgente et même, à nettoyer les toilettes du magasin quand l'agent d'entretien n'est pas là. Avec les membres de son équipe, il entretient des relations qui dépassent le strict champ professionnel, organisant des barbecues chez lui régulièrement. Ces comportements évoquent une sur-identification à l'entreprise, qu'il ne critique toujours pas aujourd'hui.

Parallèlement, il décrit une altération de sa santé. Physiquement, des troubles gastro-intestinaux apparaissent, il vomit tous les matins avant de quitter son domicile. Des insomnies s'installent. Pour trouver le sommeil, il débute une consommation d'alcool qui augmente progressivement. Les réveils nocturnes sont fréquents, il a sur sa table de chevet un calepin dans lequel il inscrit ce qu'il a à faire le lendemain. Il décrit une asthénie massive le dimanche. Sa libido diminue. Sa femme lui demande de prendre des congés mais il « n'y arrive plus ». Le temps passé dans l'entreprise se multiplie, il va jusqu'à rester 36 heures d'affilée en cas de

commande urgente, ne parvenant pas à rentrer chez lui. Hospitalisé pour une colique néphrétique aiguë, il signe sa décharge pour retourner chez Castorama malgré les réprimandes de son épouse. Il n'éprouve plus de satisfaction dans le travail et perd confiance en lui. Ses sentiments auto-alimentent son besoin de travailler plus. Pris dans un cercle vicieux, l'hyperactivité professionnelle s'accutise. Ce tableau clinique évoque un burn-out, au sens de Freudenberger, comme nous en discuterons plus tard.

En juillet 2011, le magasin est détruit dans un incendie accidentel. Prévenu par les pompiers, il est le premier sur place. Le vécu traumatique de cette scène est encore palpable dans son récit 18 mois après. Dès le lendemain, une délégation de la direction nationale se présente sur place et met à disposition de l'équipe un nouvel entrepôt dans une ville voisine. Les ordres sont clairs, le chiffre d'affaires annuel ne doit pas pâtir de cet accident. Parallèlement un soutien psychologique est proposé aux employés, Mr F dit ne pas avoir eu le temps de s'y rendre. Il décrit un climat de tension extrême, tous les cadres et le directeur du magasin doivent rendre compte quotidiennement de l'avancée de l'emménagement du nouveau lieu de vente. Trois semaines après l'incendie, alors que le directeur lui reproche la disposition d'une tête de gondole, Mr F se saisit d'une barre de fer, le menace puis saccage son bureau sans que personne ne parvienne à l'arrêter.

Transfert en hôpital de semaine:

Le patient est transféré en hôpital de semaine pour procéder à un travail de réhabilitation psycho-sociale et poursuivre les sismothérapies d'entretien. Mr F y est perçu par l'équipe soignante comme un « bon » patient. Poli, galant avec les dames, il se montre respectueux avec tout le monde, sans obséquiosité. Il se livre aux activités thérapeutiques avec attention. Il est consciencieux et appliqué. Le discours reste centré sur son sentiment d'incapacité à être un bon mari, à reprendre une activité professionnelle. Au sujet de Castorama, son ressenti est ambivalent. Il continue à faire l'éloge de l'entreprise et de sa productivité, et condamne l'attitude de son directeur. Celui-ci aurait dû se montrer plus professionnel lors de l'incendie, en protégeant son équipe selon lui. Il raconte que lors de son passage à l'acte hétéro-agressif, le patron pleurait en lui demandant pardon.

La qualité des permissions est fluctuante mais sa femme décrit un moindre apragmatisme et une reprise progressive des loisirs comme le jardinage et les promenades en famille. Elle-même semble lutter activement contre l'effondrement dépressif en accusant l'entreprise. Elle raconte devoir tout gérer au domicile depuis des mois, des affaires administratives aux relations

amicales du couple en passant par l'éducation de leur fille. Elle rapporte des relations conflictuelles depuis le début de la maladie, entre Mr F et la jeune fille qui est en colère après son père, lui reprochant de ne pas faire d'effort. Lors de l'évocation de ces difficultés familiales, jusqu'à présent passées sous silence, Mr F les banalise, voire les nie. À l'approche d'une sortie définitive du service, Mr F présente une brusque aggravation de son état clinique avec un ralentissement psychomoteur important et des idées suicidaires envahissantes. La question d'une sur-identification à son rôle de malade se pose.

III.2.2. Discussion diagnostique et psychopathologique

III.2.2.1. Analyse phénoménologique : le Typus Mélancholicus

Un trouble bipolaire de type II :

Dans le service, le diagnostic de trouble bipolaire de type II a été retenu sur plusieurs arguments que nous allons étudier.

En 2008, à l'accession au poste de cadre, au-delà du plaisir engendré par la promotion, il décrit une période de presque un an pendant laquelle il est « au mieux de [sa] forme ». L'humeur est élevée, il est enthousiaste et a confiance en lui. Il s'investit dans son activité professionnelle de façon efficace, obtient d'excellents résultats. Il mène de front sa vie de famille, plus assuré, dit-il, dans son rôle de père et d'époux. Il raconte avoir organisé un voyage surprise aux Canaries pour sa femme et sa fille.

Face à cette accélération psychomotrice n'engendrant pas de dysfonctionnement social ou professionnel, le diagnostic d'hypomanie peut être retenu. Aucun épisode similaire n'est retrouvé par le passé. L'état clinique actuel est qualifié d'épisode dépressif majeur avec caractéristiques mélancoliques face à la douleur morale associée à l'émoussement affectif, au ralentissement psychomoteur marqué et à l'altération du sommeil et de l'appétit.

Le Typus Mélancholicus :

Sur le plan psychopathologique, nous nous proposons de discuter la présence d'une personnalité pré-morbide chez Mr F, un Typus Melancholicus.

Le psychiatre allemand, Hubertus Tellenbach, dans les années 1960, décrit avec une méthode anthropo-phénoménologique le Typus Melancholicus. C'est un « être-au-monde »

d'une « étonnante uniformité » qui préfigure la mélancolie. Il le définit au travers de l'observation clinique appliquée à l'anamnèse biographique, au mode du vivre quotidien de la relation à soi, aux autres et aux valeurs. Le Typus se caractérise par un attachement particulier à l'ordre, une conscience morale importante et un dévouement à l'autre. Sa vie est soumise au primat du devoir, du travail et du sérieux. Mais cet ordre auquel il est attaché devient un but et une fin en soi, « l'ordre sans la mesure » (Pringuey, 1996). Incapable de dépasser l'ordre établi au profit d'un ordre supérieur, plus vaste, ce que nous confère notre liberté, son ordre est sans nuance ni perspective. En cas de faute, il ne peut accéder à la démarche du repentir et son avenir se ferme.

Alfred Kraus, psychiatre phénoménologue allemand, professeur à l'université de Heidelberg, à partir des années 1980, reprend l'invention du Typus et développe un modèle identitaire des psychoses maniaco-dépressives.

L'identité humaine se déploie entre deux pôles de l'identité dans un mouvement dialectique. D'un côté, l'ego-objet s'objective à travers un corps, des possessions, un métier, certaines relations à la situation et à autrui. C'est l'identité de rôle. De l'autre côté, l'ego-sujet est un moi qui se décide librement, qui se projette en avant et se définit constamment de manière nouvelle.

Une existence authentique est un mouvement continu où l'on se réalise en s'individualisant, tout en restant rattaché à notre passé à travers la socialité, les rôles et la soumission aux règles. Créer une distance par rapport aux rôles est une des performances égoïques. Cette possibilité de distance, c'est ce que Kraus nomme la tolérance à l'ambiguïté cognitive et émotionnelle. « La tolérance à l'ambiguïté est la faculté aussi bien cognitive qu'émotionnelle de reconnaître, chez un seul et même objet, des traits différents, c'est-à-dire aussi antithétiques, et d'éprouver à son égard de sentiments différents et antithétiques » (Kraus, 2009). Cette capacité permet au sujet de percevoir de lui-même et des autres des existences authentiques en se distanciant des rôles.

Dans le Typus Mélancholicus, « la prévalence va chez lui à l'ego objet et à la définition de soi-même comme objet, pour soi et pour autrui » (Géraud, 2009). Il y a une absorption totale dans l'identité de rôle et une soumission à la norme prescrite. L'ego sujet et les performances égoïques sont affaiblis. Kraus parle d'une intolérance à l'ambiguïté, « une incapacité à avoir des sentiments et des cognitions antithétiques par rapport à un objet » (Géraud, 2009). La fuite dans le rôle permet de gommer les ambiguïtés et laisse place à des comportements hypernomiques, dans un respect absolu des règles des relations interpersonnelles dictées par le contexte socio-culturel. Le Typus est incapable d'interpréter les normes inhérentes au rôle, il ne peut en dévier.

Son comportement hyper-normal l'empêche de s'adapter aux contradictions dues à la multiplicité des rôles et des attentes.

Nous retrouvons, chez Mr F, une sur-identification aux rôles sociaux.

En mari idéal, il rapporte une absence de conflits avec son épouse, expliquant « les disputes ne font pas avancer la situation, il vaut mieux communiquer ... ».

Il est l'employé modèle. Dans l'entreprise, les valeurs managériales prônent un dévouement au client et une solidarité entre collègues. Pour que le client soit satisfait, Mr F. n'hésite pas à aller lui-même couler la commande de béton en attente. Pour éviter des désagréments au public, quand l'agent d'entretien est absent, il nettoie les toilettes. En tant que chef d'équipe, quand une des salariés lui rapporte de graves difficultés financières, il lui prête immédiatement 4.000 euros. Celle-ci démissionnera la semaine suivante sans qu'il cherche à la rattraper. Cette bonté et cette sympathie excessives s'intègrent aux comportements hypernomiques. Présentant une intolérance à l'ambiguïté, son patron, le directeur du magasin, est idéalisé, il ne lui trouve aucun défaut.

Les objectifs professionnels étant de plus en plus élevés, il n'est pas parvenu à s'adapter, à se créer des compromis psychiques. Dans un sur-attachement à la norme, il continue à tout vouloir faire parfaitement, sans nuances possibles et développe un activisme. L'ego sujet est débordé par les performances exigées de lui. Des conflits inter-rôles apparaissent, il ne parvient plus à assumer son rôle de père de famille et son rôle de cadre. L'incendie est un grand bouleversement. Cet accident nécessite une réorganisation de l'activité dans un contexte de pression des instances régionales. La destruction des locaux entraîne la perte des repères spatiaux de son travail. Dans cette réorganisation, ses prérogatives sont modifiées. L'équipe doit recréer un magasin et le temps imparti est court. Cette épreuve nécessite la créativité et l'inventivité de tous, mais lui n'y arrive pas et se sent mis en défaut. Kraus (2009) nous rappelle que le Typus a une créativité bloquée. La faiblesse de l'ego sujet s'accompagne d'un manque de performances égoïques créatives.

Il perçoit également chez son patron une grande difficulté à gérer la situation. Il le décrit comme à bout de nerfs et épuisé. Il s'était mis à crier et insulter les employés, ce qui n'était pas dans ses habitudes selon Mr F. Ce changement de comportement crée chez notre patient une situation d'ambiguïté insoluble. Comment ce patron si bon pouvait-il le traiter d'incapable ?

Alors que son patron lui reproche d'avoir disposé une tête de gondole ici plutôt que là, il se sent acculé par sa propre incapacité à surmonter la situation. Son monde s'effondre et la destructivité est sa seule issue.

Jusqu'à présent, Mr F compensait la faiblesse de ses performances égoïques à travers des comportements hypernomiques édictés par les normes. Mais cette modalité d'existence qui le protégeait contre la décompensation mélancolique est aussi son facteur de vulnérabilité.

III.2.2.2. La normopathie ou la quête identitaire

L'étude phénoménologique nous a permis de percevoir chez Mr F une fragilité égoïque. La reprise de son anamnèse biographique laisse entrevoir une vie entière consacrée à une quête identitaire. Nous nous proposons d'étudier cette problématique au travers des liens qu'il a entretenus avec les différentes institutions qu'il a rencontrées tout au long de sa vie.

Des foyers de l'Aide Sociale à l'Enfance en passant par Castorama et jusqu'à l'hôpital psychiatrique, Mr F semble présenter une hyper-adaptation. Il perçoit avec exactitude les attentes que les institutions ont à son égard et les remplit pleinement. Jeune de foyer, il commet quelques actes de délinquance, précisant avec insistance qu'il n'a jamais rien fait de « grave » puis s'inscrit dans les projets éducatifs. Il reprend sa scolarité, réalise ses stages en entreprise avec application et encourage ses camarades à faire de même. Employé chez Castorama, il est le salarié exemplaire, performant dans son activité et investi dans la vie d'équipe. À l'hôpital, il est un patient calme, courtois et sympathique. Dans les premiers mois de son hospitalisation, il s'intègre avec une étonnante facilité aux autres patients, réussissant à se faire apprécier aussi bien par le vieux patient schizophrène déficitaire que par le jeune toxicomane. Actif lors des ateliers, il est aussi souffrant lors des entretiens thérapeutiques, revenant en boucle et avec peu d'élaboration sur son mal-être et ses angoisses. Il est donc un « bon patient ».

Ces positions hyper-conformistes sont le reflet de la perte de distance au rôle, développé précédemment. Nous pouvons également les interpréter comme des investissements psychiques massifs et rigides en référence au concept de « normopathe » développé par Joyce McDougall, qui se traduit par l'exigence d'être « comme tout le monde ». Cette normopathie exprime, au plus profond, une des formes de souffrance narcissique-identitaire (Roussillon, 2006).

Comme nous l'avons vu, cette souffrance reflète une défaillance interne. Elle est traitée par l'étayage sur un objet externe. La psyché prend forme en se modelant, et d'une certaine façon en s'exprimant, sur l'objet externe. La construction identitaire de Mr F est fragilisée. Son fonctionnement psychique se fixe sur la nécessité de développer une relation d'emprise et de se cramponner à des éléments perceptivo-moteurs. Ainsi, Mr F jugule sa faille identitaire en s'appuyant sur l'institution et en s'y moulant. Mais ses failles narcissiques le font osciller entre

angoisse d'abandon et angoisse d'intrusion où l'objet externe peut devenir persécuteur (Jeammet, 2001). Pour trouver un compromis dans cette relation de dépendance, Mr F organise sa vie psychique et relationnelle où il se donne l'illusion à lui-même de maîtriser l'objet (cité par Kapsambelis, 2006).

Son discours, centré sur l'autonomie et l'individualité, « réussir par soi-même », « se donner les moyens » contraste avec sa trajectoire de vie, témoin de sa propension à la dépendance. L'illusion de maîtrise se retrouve dans son adhésion aux valeurs institutionnelles restituée dans un discours d'emprunt, inconsistant et sans profondeur. Il ne perçoit pas que ces valeurs proviennent de l'extérieur, tout se passe pour lui comme s'il avait eu une chance inouïe de rencontrer des structures qui possédaient les mêmes idéaux que lui.

Il porte en lui comme une béquille les messages véhiculés par les institutions sociales dans lesquelles il a grandi, à l'image de son expression : « une revanche sur la vie ». Elle est énoncée comme une carte d'identité, une explication universelle sans plus d'élaboration. Dans le monde de l'entreprise, il s'est forgé des principes de performance, de « retour sur investissement » et de loyauté. À l'hôpital, pour guérir, il faut participer aux activités et bien prendre ses médicaments. Il fuit une incomplétude de l'existence, car il n'a pas les ressources nécessaires pour l'assumer.

Ces valeurs ne sont ni assimilées ni intériorisées. Il y colle sans distance. Mc Dougall écrit, à ce propos, que les normopathes sont des sujets qui « connaissent les règlements, mais ignorent la loi » (Kapsambelis, 2006).

D'un point de vue métapsychologique, il s'agit d'un affaiblissement du surmoi et d'une inflation tyrannique de l'idéal du moi. À l'inverse des conflits intrapsychiques névrotiques où la culpabilité est au premier plan, ici la honte est le sentiment dominant. La honte de ne pas avoir été à la hauteur, à sa propre hauteur fixée par son idéal. Chez Mr F, c'est la honte de ne pas être l'employé exemplaire qui devrait remettre en état le magasin après l'incendie en un rien de temps.

Nous émettons l'hypothèse que la relation entretenue avec son patron est sous-tendue par des mécanismes d'identification projective, « des parties de soi sont expulsées mais gardées dans l'Autre en vue d'en prendre le contrôle, de le rendre conforme à ce qui en est attendu, de réaliser des désirs à travers lui et aussi de sauvegarder des parties de soi en les mettant en dépôt, à l'abri dans l'autre » (Brusset, 2011). Il décrit une relation basée sur le partage de valeurs telles que le travail, la réussite sociale mais son discours laisse transparaître une idolâtrie. Lorsque son patron est débordé par la situation, à la suite de l'incendie de l'entrepôt, il en perçoit les failles. L'inauthenticité de sa perception de son patron le renvoie à la facticité de sa propre

existence. La rage le pousse à l'agresser, mais rapidement sa propre autodépréciation le conduit à son geste suicidaire.

Dans le service, l'évocation d'une sortie engendre une dégradation de son état clinique, la réapparition d'idées suicidaires et, de façon inhabituelle, une hostilité à l'égard des médecins. Pour reprendre les mots d'une infirmière à ce sujet, « on a enfin vu son vrai visage ».

Ce fonctionnement psychique rappelle le concept du « faux self », de Winnicott (1970). Mr F se soumet à son environnement pour se protéger du risque de ne pas être aimé. Il est dans une position que l'on pourrait qualifier d'« injonction identificatoire » où il tente de faire siens des éléments psychiques extérieurs. Cette soumission le conduit à une négation de son existence autonome et à une construction identitaire inauthentique. L'étiologie de cette organisation est à chercher dans les interactions précoces.

Nous pouvons raisonnablement émettre l'hypothèse d'une pathologie psychotique chez la mère de Mr F. Les enfants de parents psychotiques perçoivent souvent le trouble mental de leur parent comme un défi. Ils se sentent investis de la mission de reconstituer la famille grâce à leur courage. Ils peuvent alors évoluer vers une hyper-maturation. Ils sont d'une apparente normalité. On observe « des mécanismes d'identification massive qui se traduisent par une précocité, une autonomie, une sur-adaptation et un hyper-contrôle » (Lebovici, 2004). Ces éléments entrent en écho avec notre analyse du fonctionnement psychique de notre patient.

Aujourd'hui l'hypothèse d'une sur-identification au rôle de patient doit nous permettre de prendre conscience de la nécessité de travailler avec lui de nouveaux étayages externes pour substituer le service hospitalier. La sempiternelle dépressivité ne doit en revanche pas nous faire sous estimer le profond désespoir de ce patient.

III.2.3. Analyse clinique du travail

Après avoir étudié la psychopathologie de Mr F, au travers des concepts de Typus Mélancholicus et de normopathie, nous allons analyser le lien qu'entretient sa décompensation thymique avec sa situation de travail. Sans tomber dans le piège du débat sur la causalité, nous souhaitons enrichir notre compréhension des mécanismes en jeu dans sa pathologie.

III.2.3.1. Rencontre entre le management par le résultat et le sujet de la reconnaissance

À partir des éléments rapportés par Mr F, nous commencerons par décrire quelques techniques de management pratiquées afin de comprendre les impératifs auquel le patient était soumis.

Mr F est responsable du secteur décoration du magasin, il doit gérer le personnel, les commandes et les ventes. Le seul résultat que sa hiérarchie contrôle est son chiffre d'affaires. Il a des objectifs à atteindre. Il fournit des chiffres tous les jours à son directeur de magasin, tous les mois au directeur régional et tous les ans au siège de Castorama France. Si les résultats sont en deçà de ceux attendus, les contrôles s'intensifient et le risque est de se faire muter sur un autre site de Castorama. Les bons résultats sont récompensés par des primes.

Tous les ans, une réunion avec l'ensemble des cadres de Castorama France est organisée. Les résultats de chaque responsable de secteur sont projetés sur écran géant par ordre décroissant. Mr F, lors de sa toute première année de cadre, avait vu sa photographie apparaître au tout début du diaporama, « c'était le plus beau jour de ma vie » dira-t-il sans aucune relativité. Puis tous les ans, il raconte attendre que surgisse son visage dans une angoisse insoutenable.

Chaine, psychiatre spécialisé en clinique du travail, considère que la culture du résultat et la culture de la reconnaissance sont issues d'anthropologies différentes. Le sujet issu de la culture du résultat se réfère à une anthropologie guerrière et le sujet de la reconnaissance est lié à une anthropologie humaniste. « Les risques psychosociaux figurent le destin de cette rencontre, où les deux sujets s'affrontent, soutenus par des motions pulsionnelles caractérisées par la crise d'une part [pour le sujet de la reconnaissance] et l'emprise d'autre part [pour le sujet du résultat]. » (Chaine, 2012).

En psychodynamique du travail, la reconnaissance est un processus dynamique qui participe à la construction de l'identité du sujet. Elle est issue des jugements portés sur le travail. Le jugement d'utilité économique délivré par la hiérarchie à partir des résultats peut s'opposer aux jugements de beauté conférés par les pairs. Faire du beau travail, c'est être en conformité avec les règles de métier. Il arrive qu'au nom du résultat, il ne soit plus possible de faire du « bon travail » (Dejours, 2011).

Manager attentif à son équipe, Mr F avait à cœur de rendre flexibles les emplois du temps de ses employés afin de leur faciliter la conciliation entre vie privée et vie professionnelle. Mais quand les chiffres étaient en baisse, il fallait organiser des offres promotionnelles. Il imposait alors des heures supplémentaires sachant, en plus, qu'elles ne seraient pas toujours payées.

Au nom de l'efficacité et des bons résultats, Mr F va devoir se confronter à des sentiments d'injustice et des blessures morales. Il va progressivement basculer dans l'activisme.

III.2.3.2. L'activisme ou le « workaholisme »

Arrivé au poste de cadre, Mr F devient progressivement un « bourreau de travail ». Malgré les conséquences négatives sur sa vie familiale et sur sa santé, son hyperactivité professionnelle se majore sans qu'il ne parvienne à s'octroyer un jour de repos. Il raconte en entretien son impossibilité à maîtriser son investissement dans le travail, son besoin d'en faire toujours plus et la sensation de manque que provoquait les rares jours de congés. La consommation d'alcool fort était le seul moyen qu'il trouvait pour ne plus penser au travail lorsqu'il était à la maison.

Dejours et Gernet (2012) considèrent l'activisme comme un mécanisme individuel de défense contre des situations de travail trop coûteuses sur le plan psychique, « notamment quand elles génèrent des souffrances éthiques ». L'auto-accélération permet de lutter contre les émergences fantasmatiques et de s'empêcher de penser. L'activité occupe tout l'appareil psychique, c'est ce qu'il nomme la « capture de la subjectivité ». Ce mécanisme psychopathologique est issu de la psychanalyse et de la psychosomatique et s'appelle la « répression pulsionnelle ».

La psychosociologie (Aubert et de Gaulejac, 1991) considère que l'activisme serait une conséquence des nouvelles formes de management. Elles viseraient à l'adhésion du travailleur à la culture de l'entreprise par la sollicitation des identifications aux idéaux de l'entreprise et par la valorisation du prestige. La culture d'entreprise et le culte de l'excellence, de la performance et du résultat, seraient intériorisés. Tout se passerait comme si un néo-fonctionnement psychique se mettait en place. Les cadres, attirés par les gratifications narcissiques escomptées, peuvent basculer dans une hyperactivité exponentielle. La « motivation d'achèvement » créée par tout engagement dans une activité ne peut ici trouver sa satisfaction. Comme « une course d'obstacles sans ligne d'arrivée, ces types d'organisation du travail rendent impossibles tout détachement, tout « deuil » d'un objet de travail voué à l'inachèvement et induit la « poursuite », la répétition, l'escalade » (Guiho-Bailly et Goguet, 2004).

Dans le cas de Mr F, comprendre comment l'organisation du travail a pu participer au développement de son hyperactivité professionnelle alimente notre réflexion. Mais nous ne pouvons pas passer sous silence sa vulnérabilité personnelle. Du fait de sa bipolarité, il est particulièrement exposé au risque de co-morbidité addictive.

Dans le modèle théorique cognitivo-comportemental, le « workaholisme » est considéré comme une addiction sans matière. Le concept de « workaholisme », mot-valise fait à partir de « travailleur » et « alcoolisme », est né aux États-Unis en 1971 dans un ouvrage intitulé Confessions of a Workaholic, de Wayne Oates, un théologien américain (cité par Dejours, 2004).

III.2.3.3. Le burn-out

La symptomatologie décrite par Mr F, à partir de 2010, évoque un tableau clinique de burn-out.

Historique du concept de burn-out :

Le concept de burn-out est né dans les années de 70 aux États-Unis pour qualifier l'état d'épuisement dans lequel se trouve le personnel soignant, très investi professionnellement et émotionnellement avec des patients toxicomanes. Freudenberger, psychologue américain d'origine allemande, en donne la première définition en 1974, il écrit aux sujets des travailleurs « leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte ». Il re-précise le concept en 1981 comme « un épuisement des ressources internes de l'individu et la diminution de son énergie, de sa vitalité et de sa capacité à fonctionner, qui résultent d'un effort soutenu déployé par cet individu pour atteindre un but irréalisable, et ce, en contexte de travail, plus particulièrement dans les professions d'aide » (cité par Malasch et Leiter, 2011). En 1981, une échelle diagnostique d'auto-évaluation a été validée, la Malasch Burnout Inventory. Elle explore trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation de la relation et l'accomplissement personnel (Malash, 1981). Aujourd'hui, le concept de burn-out s'applique à l'ensemble des individus au travail, quelle que soit leur activité. De plus, l'implication de facteurs organisationnels est largement étudiée. Toutefois, cette entité clinique reste contestée, et la communauté scientifique se montre méfiante à l'égard de ce concept regroupant des situations très différentes.

Le burn-out de Mr F :

La particularité de ce tableau clinique est une évolution progressive. Nous retrouvons chez Mr F les différentes phases d'installation du burn-out, conformément à la littérature (Malasch et Leiter, 2011).

Alors qu'il a basculé dans une hyperactivité professionnelle, Mr F décrit des symptômes physiques et psychiques. Sur le plan somatique, il note une asthénie résistante au repos, des troubles gastro-intestinaux le matin avant d'aller travailler et des insomnies pour lesquelles il s'automédique avec du whisky. Sur le plan psychique, il décrit une irritabilité et des accès de colère. On retrouve une sensibilité accrue à la frustration sur son lieu de travail et dans sa vie familiale. Ce point est à l'origine d'un profond sentiment de honte chez lui. Au final, il atteint la phase d'état de burn-out constitué par sa triade pathognomonique :

- un épuisement émotionnel, avec froideur et anesthésie affective
- une déshumanisation de la relation, marquée par une perte de l'empathie, un détachement et le recours au cynisme
- une dégradation du sentiment d'accomplissement personnel, au travers de sentiment de frustration, de démotivation et d'inutilité.

Le syndrome de burn-out de Mr F illustre une des thèses fondamentales de la psychodynamique du travail : le travail a un impact sur la sphère familiale. Contrairement aux idées reçues, il n'y a pas que la vie privée qui perturbe la vie professionnelle, l'inverse serait aussi vrai. Ainsi, les mécanismes de défense pour lutter contre une souffrance professionnelle engagent toute la personnalité du travailleur et peuvent avoir des répercussions sur la vie de famille. Molinier (2004) va plus loin et démontre que l'économie familiale a comme fonction d'apporter une contribution au maintien des défenses. Dans son exemple, la préservation de la santé des hommes au travail repose sur le travail domestique et le soutien apporté par les femmes. Dans le cas de Mr F, son activisme et son burn-out ont bouleversé son organisation familiale et créé des conflits. Ses auto-accusations concernant son incapacité à endosser son rôle de père et de mari pourraient également expliquer la recrudescence des idées suicidaires à l'annonce d'une sortie.

III.2.4. Analyse psychosociale

Comme nous l'avons étudié, les nouvelles formes de management présupposent un modèle de personnalité basé sur la réalisation de soi, le désir de réussite et l'attrait pour la

compétition et génère ce que la psychosociologie appelle des « néo-fonctionnements psychiques ». Ces nouvelles organisations du travail s'inscrivent dans une modification socio-culturelle plus globale.

Les notions de motivation, de performance sont aujourd'hui des normes obligées. Ce ne sont pas des choix que chacun peut faire de manière privée, mais des règles communes à tous, valables pour tous, sous peine d'être mis en marge de la société ou de l'organisation de travail. Ces règles sociales exigent de l'autonomie, de l'initiative et des aptitudes mentales qui deviennent la mesure de la personne. L'échec est alors synonyme de dépression. « Défaut de projet, défaut de motivation, défaut de communication : le déprimé est l'envers exact des normes de socialisation actuelles que les institutions économiques et financières fixent comme idéal. Le déprimé est un homme en panne » (Ehrenberg, 2000).

Mr F est un exemple d'intériorisation des valeurs sociales. Il fait peser sur la performance et les résultats toute son estime de lui. N'ayant pu se soustraire à ce système de valeurs, il s'épuise sombre dans un épisode mélancolique. Nous pouvons supposer que la faute, classiquement retrouvée comme facteur déclenchant de la mélancolie, est ici d'être « un homme en panne ». Il a eu le sentiment de ne plus maîtriser les événements, de ne pas être à la hauteur des performances que l'on attendait de lui et qu'il s'assignait lui-même.

Rappelons que pour Ehrenberg, la dépression correspond à une maladie de la responsabilité, issue d'un sentiment d'insuffisance. La montée en puissance des règles de la concurrence économique et de la compétition propulse le salarié à la conquête de son identité et de sa réussite sociale mais l'expose à l'échec : « le déprimé n'est pas à la hauteur, il est fatigué d'avoir à devenir lui-même » écrit-il.

La forme de la décompensation psychopathologique de Mr F est alors à entendre à la lumière de notre contexte socio-culturel où l'identité est un objet de conquête individuelle. Jeammet (2001) développe l'idée que « l'accroissement actuel des états-limites et des pathologies narcissiques ne reflète pas tant des changements structuraux en profondeur de l'organisation psychique des adolescents que des formes nouvelles d'expression d'organisations psychiques en elles-mêmes peu différentes de celles du passé et congruentes avec l'évolution sociale ». Dans une société plus libérale et moins répressive, la diminution des interdits entraîne un élargissement du champ des possibles. Cette liberté sollicite les ressources de l'individu et va accentuer les points de fragilité du Moi jusqu'alors masqués par le cadre des interdits, du prêt-à-penser, qui retardaient la sollicitation de l'individu à se réaliser.

Sur le même modèle de réflexion, nous pourrions émettre l'hypothèse que l'apparition de burn-out ne correspond pas à de nouvelles organisations psychiques mais à une autre forme d'expression de ces organisations psychiques en lien avec l'évolution sociale. Dans le cas de Mr F, le burn-out serait-il une porte d'entrée dans la mélancolie ?

III.3. Mme R

III.3.1. Présentation clinique

Mme R a été adressée au centre médico-psychologique en octobre 2012 suite à une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire aux benzodiazépines ayant nécessité une nuit d'observation aux urgences.

Elle ne présente aucun antécédent psychiatrique personnel et familial. Sur le plan somatique, on note des migraines et un ulcère gastroduodénal.

Séparée, elle vit avec son fils de 19 ans. Elle est secrétaire de direction à l'URSSAF (Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales) depuis 32 ans.

Examen clinique :

Adressée par le centre d'accueil psychiatrique, nous la rencontrons quinze jours plus tard. Âgée de 50 ans, Mme R est une femme blonde et élancée. Le style vestimentaire est élégant et strict, c'est en tailleur pantalon qu'elle se présente à la première consultation. En salle d'attente, le faciès est froid et peu avenant. Arrivée dans le bureau, elle s'effondre en larmes. Elle livre, dans un récit décousu marqué par une logorrhée de tension, la dégradation de sa situation professionnelle et un conflit avec une collègue de travail qui l'auraient conduit à ce geste suicidaire.

Dans un second temps, elle parvient à s'apaiser, le discours se réorganise. Le contact est alors de bonne qualité, mais marqué par une froideur et une mise à distance de l'interlocuteur. Nous notons une rigidité psychique. Les émotions sont globalement livrées de façon contrôlée et peu spontanée. Cette modalité relationnelle sera retrouvée tout au long du suivi. En revanche, lorsqu'elle évoque sa collègue de travail, elle déverse sa haine : « je pourrais la fracasser si je ne me retenais pas ». Nous retrouvons un fort sentiment de persécution à son égard. Elle relate plusieurs disputes survenues au bureau avant sa tentative de suicide où elle s'est emportée dans des crises de colère. Ses réactions à la suite de ces altercations sont à l'origine d'un sentiment de culpabilité envahissant.

Nous retrouvons une humeur triste, une perte d'élan vital et une anhédonie. Il existe une anxiété de fond d'aggravation vespérale et des ruminations concernant sa situation

professionnelle qu'elle ne parvient pas à mettre à distance. Apragmatique, Mme R sort difficilement de chez elle et est clinophile. Le sommeil est très altéré, avec des cauchemars à thématique professionnelle et des réveils nocturnes. L'appétit est diminué, elle a perdu sept kilos en quatre mois. Elle décrit une grande asthénie et des troubles importants de la concentration. Les idées suicidaires ont disparu. Elle est désormais soutenue par ses sœurs qui ont été contactées par le service des urgences. Le diagnostic d'épisode dépressif majeur d'intensité sévère est retenu. Les premiers symptômes semblent être apparus il y a déjà plusieurs mois. Un traitement par venlafaxine avait été introduit le mois dernier par son médecin traitant. Nous l'augmentons à 150 mg par jour et reconduisons l'arrêt de travail.

Anamnèse :

Il y a cinq ans, sa direction la change de poste. Sa hiérarchie justifie cette mutation par ses qualités professionnelles et personnelles telles que ses compétences, sa grande connaissance de l'entreprise et ses capacités d'adaptation. Elle est désormais chargée de remplacer toutes les assistantes de direction lors des congés annuels. Elle doit également suppléer une assistante de direction atteinte d'une sclérose en plaques pour laquelle aucun aménagement de poste de travail officiel n'a été mis en place malgré un handicap moteur. Mme R doit la remplacer pendant ses arrêts maladie et la soulager de certaines tâches. Cette mutation n'est pas vue d'un bon œil par notre patiente qui raconte que la rumeur courait dans l'entreprise que l'ancienne titulaire du poste serait « partie en dépression ».

Pendant les deux premières années, sa collègue a été absente la plupart du temps, elle a assumé seule le poste sans difficulté : taper les courriers, prendre les rendez-vous, organiser les réunions. Les relations avec son nouveau directeur sont excellentes, elle le décrit comme un homme souple, compréhensif et peu autoritaire.

Sa collègue revient et les deux femmes travaillent sur des bureaux côte à côte. Dès le départ, Mme R perçoit une relation tendue, où elle se sent épiée et jugée sur chacun de ses mouvements. Sa collègue la corrige sur sa façon de mettre en page un courrier, de répondre à un appel, d'organiser son temps de travail. Mme R « encaisse », ne laissant pas apparaître son agacement. Elle décrit des conduites de mises à l'écart. Sa collègue ne lui met plus en copie les mails concernant l'organisation des réunions, elle ne lui délivre qu'une partie des informations nécessaires à l'exécution de son travail. Cette dernière envoie des messages au directeur pour lui signifier chacune de ses absences à son poste. Les autres assistantes de directions auxquelles

elle se confie la soutiennent et la poussent à en parler au directeur. Ce dernier tente d'apaiser les conflits en rationalisant le comportement de sa collègue par la maladie neuro-dégénérative, tout en revalorisant Mme R.

Début 2012, les premiers troubles apparaissent. Des insomnies et une asthénie s'installent, Mme R n'a plus la force de cuisiner le soir en rentrant chez elle. Elle rumine sa colère à l'encontre de sa collègue. Même pendant les week-ends et les congés, ses pensées sont envahies par cette situation. Des anticipations anxieuses, avant de se rendre au bureau, s'installent. Quand la journée a été trop éprouvante, elle pose une RTT le lendemain pour pouvoir récupérer psychiquement.

En mars 2012, Mme R demande un changement de poste mais celui-ci lui est refusé. Elle se sent isolée et incomprise. Elle se dévalorise et perd confiance en elle. Par honte, elle évoque peu son mal-être au travail avec son entourage. Elle consulte son médecin généraliste en septembre 2012, « je n'avais plus la force de continuer ». Il prescrit une semaine d'arrêt de travail et introduit un traitement antidépresseur par venlafaxine 75 mg par jour.

La semaine qui précède sa tentative de suicide, une réunion avec le directeur général et toutes les assistantes de direction est décidée pour discuter de l'organisation du travail. Elle raconte avoir perdu son calme, s'être sentie agressée, mise en accusation, « le directeur m'a dit que si je ne recevais pas les dates de réunion, c'était ma faute, à cause de mes difficultés à m'impliquer dans mon travail ». Ses collègues assistantes de direction qui, en aparté, se montraient compréhensives avec elle et abondaient dans son sens, ce jour-là lui ont reproché de « monter en épingle la situation, d'exagérer les faits ». Face à l'absence de soutien de sa hiérarchie et de ses pairs, Mme R. se décrit comme dévastée. Le soir même, elle pose ses quinze derniers jours de congés annuels restant.

Elle s'enferme chez elle, envoie son fils chez ses parents et ne répond plus au téléphone. Elle ne se pense plus capable ni de travailler ni d'assurer son rôle de mère et de fille. Alors qu'elle tenait sa collègue pour responsable de sa souffrance, elle décrit une phase d'auto-accusation où la culpabilité l'envahit. Elle ne parvient plus à discerner le bien du mal. Elle n'a aucune perspective d'avenir et est aux prises avec un sentiment d'impasse, « j'étais comme dans un étou ». Dans son désespoir, elle dit ne pas vouloir représenter un fardeau pour ses proches. Elle rédige une lettre incriminant sa situation professionnelle et expliquant que personne ne la comprend. Elle ingurgite une boîte de benzodiazépines. Inquiets de ne pas avoir de nouvelles, ses parents l'ont retrouvée inconsciente à son domicile. Sa claustration avait duré quatre jours jusqu'au passage à l'acte suicidaire.

Éléments biographiques :

Mme R est née en Bretagne où elle a grandi jusqu'à ses sept ans. Son père était cadre à l'URSSAF et sa mère femme au foyer. Elle est l'aînée d'une fratrie de trois filles. Sa mère, décrite comme froide et peu aimante, exigea de quitter la région pour descendre dans le midi. Son père, plus tendre et affectueux avec ses enfants, obtint alors sa mutation à Nice, en renonçant à un avancement professionnel pour satisfaire son épouse.

Enfant, Mme R est timide, solitaire, voire inhibée. Bonne élève, elle attache une grande importance à sa réussite scolaire. Elle obtient son baccalauréat G. À 18 ans, son père la fait rentrer à l'URSSAF comme secrétaire. Elle quitte alors le domicile familial et prend son indépendance.

À 26 ans, elle rencontre un homme, kinésithérapeute en libéral. Ils vivent en concubinage et deux ans après le début de leur relation, elle met au monde leur fils unique. Les relations conjugales se dégradent, son compagnon se montre irritable et colérique. Il multiplie les reproches, l'insulte quotidiennement. Il la dénigre, la traite de « bonne à rien », se moque de son physique. Elle se sent coupable de cette situation. Pour éviter les injures, elle redouble d'efforts en cuisine, fait le ménage deux fois par jour, va chez le coiffeur toutes les semaines. Des violences physiques apparaissent. Il la gifle, la traîne par les cheveux. Elle s'isole progressivement, ne voit plus ses sœurs, met à distance les quelques amies qu'elle comptait. Elle ne se confie à personne. Elle explique ne pas pouvoir le quitter par peur de faire de la peine à ses parents.

À cette époque, elle surinvestit son travail, « au bureau, j'étais quelqu'un d'autre, j'étais quelqu'un de bien et de reconnu ». Elle multiplie les heures supplémentaires, connaît tous ses dossiers sur le bout des doigts. La hiérarchie la remarque, elle est promue assistante de direction, obtient des augmentations. Ses collègues l'apprécient, elle n'hésite pas à aller les aider en cas de retard ou de difficultés. Discrète, elle ne se met pas en avant et accepte toutes les tâches. Au travail, personne n'est au courant du drame qui se joue dans son intimité.

Il y a cinq ans, son compagnon la violence devant leur fils, âgé de 14 ans. Elle dit alors avoir trouvé le courage, pour son fils, de lui demander de quitter le domicile familial. Il s'exécute et retourne vivre chez sa mère. Ils n'ont aujourd'hui plus aucun contact, il ne voit son fils que de façon très épisodique.

Les violences conjugales sont évoquées spontanément dès le deuxième entretien alors que nous la questionnons sur son entourage familial. Elle verbalise peu d'émotion, on note un

détachement affectif par rapport au récit. Elle se défend de toute symptomatologie psycho-traumatique, « c'est comme si ça ne m'était jamais arrivé ».

Évolution :

Progressivement, les entretiens sont l'occasion de raconter son activité professionnelle en détail afin de remettre du sens dans cette situation. Elle décrit le plaisir de maîtriser, d'organiser les emplois du temps des directeurs, la liberté pour organiser le sien, la gratification lorsque les staff se passent bien. Puis, elle revient sur sa mutation, la persécution de sa collègue et le désaveu de sa hiérarchie et de ses pairs. Narrer ces événements lui permet de dépasser la situation agresseur / victime. Elle dira « on m'a prise pour une garde-malade ». Atteindre le point de vue de l'organisation du travail donne un autre sens à sa souffrance et est une issue au processus de victimisation.

Fin décembre 2012, on note une légère amélioration thymique. L'anxiété diminue et Mme R parvient à se projeter dans l'avenir. Elle envisage de reprendre son activité professionnelle à condition d'obtenir un changement de poste. Sur nos conseils, elle prend rendez-vous avec le médecin du travail. Celui-ci nous contacte dans un second temps pour obtenir notre avis sur cette mutation. Nous appuyons la demande de notre patiente. Notre collègue contacte alors la direction des ressources humaines et Mme R est convoquée par l'URSSAF. Sa demande est acceptée. Parallèlement son ancien directeur la contacte. Il souhaite prendre de ses nouvelles. Il lui dira « dans la vie, le travail n'est pas ce qu'il y a de plus important » et lui laissera ses coordonnées personnelles en cas de besoin. Ce comportement nous paraît être l'expression de la culpabilité du directeur mais Mme R l'interprète comme une marque d'humanité. Cet appel et l'obtention d'un nouveau poste lui confèrent une reconnaissance de sa souffrance qui l'apaise. Au premier février 2013, elle reprend son emploi.

Elle arrive souriante à la consultation. L'adaptation à ses nouvelles prérogatives s'est faite très rapidement. Elle décrit une activité plus autonome et plus satisfaisante. L'intégration au collectif est de bonne qualité. Elle reprend goût à son travail. On ne retrouve ni anticipation anxieuse ni conduite d'évitement concernant son ancienne collègue. « C'est comme si ça ne s'était jamais passé » dit-elle. Elle se défend de cette situation sur la même modalité que lors de sa séparation. Un mois après la reprise de l'emploi, Mme R qui était jusqu'à présent ponctuelle et assidue au suivi, annule plusieurs consultations au dernier moment. Lorsque nous évoquons ses absences répétées, elle explique ne pas avoir envie de « ressasser ces histoires » mais demande pourtant à fixer un rendez-vous suivant.

III.3.2. Discussion diagnostique et psychopathologique

Le suivi de Mme R nous a confrontés à des difficultés d'analyse de son fonctionnement psychique. Concernant l'épisode actuel, nous avons retenu comme diagnostic principal un épisode dépressif majeur. Toutefois, nous avons pu identifier différentes composantes de sa personnalité que nous souhaitons étudier afin d'enrichir notre réflexion clinique.

Une symptomatologie d'allure obsessionnelle :

À propos de son investissement dans le travail, elle rapporte un plaisir de la maîtrise et de l'organisation. Elle se décrit comme un « tempérament anxieux ». Perfectionniste, elle est souvent assaillie de doutes sur ce qu'elle a exécuté, accompagnés de la peur que d'éventuelles erreurs retentissent sur le travail de son directeur. Nous ne retrouvons pas de rituels de vérification.

La relation avec sa collègue fait apparaître chez Mme R un conflit psychique insoluble où les émotions ressenties sont antithétiques. Au bureau, de nombreuses altercations ont eu lieu entre les deux femmes, et Mme R reconnaît avoir eu plusieurs accès de colère. Elle voue à sa collaboratrice une haine qui émerge à l'état brut lors des entretiens au travers d'un vocable cru, « la fracasser », « la défoncer » contrastant avec le langage habituel de la patiente. Elle a consciemment envie de réaliser un passage à l'acte agressif. Mais cette pensée est contrebalancée par un sentiment de culpabilité intolérable qu'elle exprime au travers de la crainte de lui déclencher « une poussée de sclérose en plaques irréversible ». Lors de ses ruminations anxieuses qui envahissent tout le champ de sa conscience, elle raconte imaginer avoir été contaminée par la sclérose en plaques en guise de punition.

Le modèle psychanalytique concernant la névrose obsessionnelle peut fournir du matériel pour analyser ces phénomènes. Darcourt (2006) plaide en sa faveur et nous propose d'interpréter la clinique en termes de conflit intrapsychique entre une pulsion sadique et une défense. Elle doit sans cesse maîtriser son envie de passer à l'acte. Mme R sent bien que le danger ne vient pas de l'extérieur mais d'elle-même. Cette situation est très coûteuse en termes d'énergie psychique et a pu favoriser l'émergence de sa décompensation thymique.

Une quête affective :

Son positionnement à l'égard de ses parents tend à rappeler la fixation au premier temps du conflit œdipien de l'hystérique. Elle décrit une rivalité avec sa mère, envers laquelle elle nourrit des sentiments hostiles ; elle lui reproche d'être une femme méchante et égoïste. Son père est idéalisé, il lui a offert son affection et une carrière toute tracée à l'URSSAF. Nous émettons l'hypothèse que cette configuration relationnelle a pu entrer en résonance avec les liens qu'elle entretient avec sa collègue et son directeur. Ce dernier est dépeint comme un homme attentif, auquel elle n'a jamais reproché le refus de mutation. En entretien, lorsqu'elle évoque sa collègue, comme lorsqu'elle évoque sa mère, nous notons l'émergence d'une haine qu'elle a du mal à contenir. Toutefois, la patiente n'établit aucun lien entre ces deux relations.

Notre réflexion n'est qu'une hypothèse qui, pour être vérifiée, nécessiterait bien plus d'éléments cliniques, mais elle nous permet de nous interroger sur la demande affective de Mme R qui la conduit de façon répétée dans des situations d'impasse.

Le clivage, un mécanisme de défense :

Afin de se protéger des événements traumatiques, elle se coupe des affects et des représentations qui y sont associées. Elle garde en souvenir les violences conjugales et les difficultés relationnelles avec sa collègue, mais reprend le cours de sa vie « comme si ça n'avait jamais existé ». Ces événements sont isolés du reste de sa vie psychique et ne donnent lieu à aucune élaboration. Les conséquences de ce clivage se perçoivent lors des entretiens. Le discours est globalement pauvre, il nous faut sans cesse la solliciter et aller chercher les informations. De plus, sa biographie nous paraît faite de succession de passages sans lien entre eux. Elle ne parvient pas à articuler les différentes péripéties de sa vie afin de leur donner du sens. La pauvreté de la vie fantasmatique de Mme R contraste avec une symptomatologie d'allure névrotique.

Des relations interpersonnelles difficiles :

Ses relations interpersonnelles sont pauvres et de mauvaise qualité. Elle n'a aucune vie amicale. Des violences physiques de son ex-compagnon au conflit avec collègue de travail, elle semble répéter les relations où elle se retrouve sous l'emprise de l'autre sans parvenir à s'en

extraire. A l'inverse, lorsqu'elle est « abandonnée » par ses collègues et son directeur, elle se sent acculée. La perte de son étayage social la conduit à un passage à l'acte suicidaire.

La relation thérapeutique que nous avons établie avec Mme R est faite de réticence, sans qu'elle s'engage véritablement dans les soins. L'alliance thérapeutique nous est toujours apparue précaire. Alors que nous lui posons une question qui ne nous a pas semblée intrusive, elle répond froidement « c'est privé ». Cette mise à distance de l'interlocuteur peut être interprétée comme une défense narcissique. Elle tente de maîtriser l'autre : en évitant l'interaction, elle se protège d'une éventuelle blessure narcissique.

Au total, afin d'approcher la personnalité de Mme R, il nous a fallu convoquer différents modèles psychopathologiques, sans qu'aucun ne convienne parfaitement. Elle semble avoir eu recours à divers aménagements psychiques qui l'ont jusqu'à présent protégée d'une décompensation psychopathologique sans pour autant lui permettre d'avoir une vie affective satisfaisante.

III.3.3. Analyse clinique du travail

Ce qui apparaît en première lecture de cas clinique est une souffrance qui trouve son origine dans une relation interpersonnelle impliquant un modèle agresseur / victime. Nous proposons d'étudier ce cas à la lumière de la clinique du travail afin de se décaler de la problématique victimologique.

III.3.3.1. Le contexte de dégradation de la situation de travail

Un plan de régionalisation :

L'URSSAF est en cours de restructuration depuis deux ans. Jusqu'à présent, l'organisme possédait 88 antennes départementales. Le plan de régionalisation vise à regrouper l'activité en 22 URSSAF régionales. En région PACA, le siège se situera à Marseille. Le site de Nice resterait ouvert mais aucune confirmation formelle n'a été donnée aux salariés. L'institution entretient une situation de flou et les syndicats multiplient les actions (grèves, manifestations, tracts) pour obtenir des réponses. Mme R décrit un climat de tension entre les salariés et la direction depuis l'annonce de ce plan. Certains postes seront amenés à disparaître, il y aura des mises à la retraite anticipée et des personnes seront mutées à Marseille, à titre de promotion.

Elle nous confie qu'elle a entendu dire que la mutation marseillaise de son ex-directeur n'était pas certaine. Quant à son avenir professionnel personnel, il est incertain. En cas de fermeture de l'agence niçoise, elle ne souhaite pas déménager sur Marseille, des possibilités de reclassement professionnelles pourraient être discutées.

Précarité et flexibilité :

L'URSSAF est un organisme privé chargé d'une mission de service public. Des licenciements économiques dans le cadre d'un plan social de réduction des effectifs sont à craindre. Cette situation génère une précarité au sens de Furtos, une peur de perdre l'objet social travail. Dans ce climat d'insécurité sociale, le collectif de travail se désolidarise. La confiance, qui est une condition nécessaire à la coopération au sein du collectif, se transforme en méfiance (Dejours, 2009). L'économie de plaisir dans le travail est en impasse, il ne s'agit plus d'œuvrer pour une cause commune mais de « sauver sa peau ». Pour cela, chacun veut faire valoir ses qualités individuelles aux dépens de ses collègues dans un climat de concurrence. Le collectif de travail n'assure plus son rôle de protection des individus qui se trouvent isolés et exposés au risque d'erreurs, d'accidents et de pathologies (Davezies, 2005).

Dans ce contexte, les travailleurs acceptent toute forme d'organisation du travail de façon passive. Ici, Mme R est contrainte à une flexibilité fonctionnelle. On exige d'elle une polyvalence afin qu'elle soit en mesure d'occuper des postes différents au sein de toute l'entreprise. Ce travail flexible participe à l'insécurité de Mme R qui se voit confier des activités au jour le jour, sans savoir ce qui l'attend le lendemain. De plus, une tâche particulière lui est confiée : assister une collègue présentant un handicap. Cette nouvelle prérogative ne correspond à aucune fiche de poste. Le directeur des ressources humaines lui demande de faire appel à ses compétences personnelles, sans que la répartition de l'activité soit prévue par le travail prescrit. Même si l'organisation du travail a vocation à être critiquée, débattue, remise en question au travers de controverses professionnelles, elle reste indéniablement nécessaire au travail. Au sein d'une grande entreprise comme l'URSSAF, il ne suffit donc pas de juxtaposer les tâches, d'aligner les personnels les uns à côté des autres pour que la coopération naisse. Ce ne sont pas les tâches qu'il faut coordonner mais les façons de travailler (Davezies, 1993).

Une intensification du travail :

Dans son travail d'assistante de direction, Mme R décrit une nette intensification de la charge de travail depuis l'annonce de la restructuration. Le nombre de réunions à organiser a doublé car, en plus du travail habituel, les cadres se réunissent pour élaborer des projets de service. Ce surplus d'activité repose en partie sur les assistantes de direction qui ont plus de courriers à taper, plus d'appels à passer et plus de mails à envoyer. Mme R se plaint qu'il y a encore quelques années, organiser une réunion se faisait en plusieurs jours. Pour s'assurer de la venue de certains collaborateurs, en supplément d'un mail, elle n'hésitait pas à appeler leurs secrétaires avec qui elle tissait des liens. Aujourd'hui elle n'a plus le temps, les échanges sont utilitaires et impersonnels. Elles doivent également s'adapter à une modification du vocabulaire. Certains organismes changent de noms et modifient leur mission.

Selon Davezies (2007), l'intensification du travail entraîne une dégradation de l'activité qui peut devenir pathogène pour la santé du travailleur. Continuer à développer la même activité en un temps imparti plus court nécessite de diminuer la qualité. L'intensification crée une amputation du pouvoir d'agir. Cet empêchement destitue le travailleur d'une reconnaissance issue de la conscience professionnelle et crée une souffrance (Clot, 2006)

Au total, nous pouvons raisonnablement supposer que le plan de régionalisation a participé à la dégradation des conditions de travail. De façon directe, il a entraîné une intensification du travail mais son impact indirect semble plus important. Le climat de tension et de précarité a contribué au fait qu'aucun arrangement n'ait été trouvé entre Mme R et la direction.

III.3.3.2. La situation pathogène

Une situation de harcèlement moral ?

La définition du harcèlement moral sur le lieu de travail a été proposée en France par Hirigoyen (1998) : « toute conduite abusive se manifestant notamment par des comportements, des paroles, des actes, des gestes, des écrits pouvant porter atteinte à la personne, à la dignité ou à l'intégrité physique ou psychique d'une personne, mettre en péril l'emploi de celle-ci ou

dégrader le climat de travail ». L'analyse de ces situations porte sur l'étude psychopathologique du « harceleur » qualifié de pervers-narcissique, et de la relation qu'il entretient avec la « victime » harcelée.

Le harcèlement a également une définition juridique au sein du code du travail (article L. 1152-1 du Nouveau Code du travail) et du code pénal (article L. 222-33). À noter qu'un médecin n'a pas le droit de faire état de harcèlement moral sur un certificat médical, il doit se contenter de décrire l'état clinique du patient sans établir de lien de causalité.

Nous retrouvons dans le récit de Mme R des pratiques organisationnelles potentiellement pathogènes décrites par Pezé (2010). Sur le plan relationnel, sa collègue a fait disparaître les savoir-faire sociaux, comme dire bonjour ou merci, pour finir par cesser toute communication verbale certains jours où les informations sont transmises par mail. Mme R décrit des pratiques d'isolement. Sa collègue ne lui transmet pas les informations concernant les réunions, demande à d'autres salariés de faire de même. La patiente relate également des pratiques persécutives. Ses temps de pauses et ses absences sont contrôlés, ses courriers vérifiés et critiqués, ses conversations avec les autres salariés épiées. Dans notre cas, il n'y a pas de supériorité hiérarchique, classiquement décrite chez le harceleur. Le levier de soumission est à chercher du côté de l'organisation du travail.

En clinique du travail, la littérature s'accorde sur la survenue d'un tableau clinique spécifique chez les victimes de harcèlement moral : un syndrome de stress post-traumatique (Pezé, 2010).

Chez Mme R, plusieurs éléments sont en faveur d'un psycho-traumatisme. Elle présente un syndrome de répétition avec des cauchemars où elle revit des scènes du travail avec peu d'éléments fantasmés, et avec des ruminations anxieuses. Il n'y a pas de reviviscences à type de flash. Nous retrouvons un syndrome d'évitement avec une lutte psychique pour éloigner les pensées qui lui rappelle sa situation de travail, et des comportements d'évitement des lieux du bureau.

Un problème à traiter à l'échelle collective :

La psychodynamique du travail constate que le harcèlement moral n'est pas un phénomène nouveau. Il a toujours existé dans le milieu du travail, mais ces conséquences individuelles se sont aggravées du fait de l'isolement des travailleurs consécutif aux nouvelles formes d'organisation du travail (Dejours, 2011). Dejours propose de centrer la discussion étiologique du harcèlement moral sur « les ressorts psychologiques de la servitude et du

consentement dans le contexte des rapports de domination sociale ». Le problème clinique central serait alors celui du consentement : à subir la souffrance, à être témoin de la souffrance d'un tiers sans agir et à faire subir la souffrance à autrui. Dès lors, le harcèlement moral n'est plus approché au travers d'un modèle dualiste, mais à l'échelle collective. Les observations cliniques en psychopathologie du travail étayent cette théorie. En effet, il n'est pas rare d'assister à des déplacements du processus de harcèlement et à une décompensation du harceleur qui devient lui-même harcelé (Dejours, 1999 ; Pezé, 2010). Selon Davezies (2004), poser un diagnostic de harcèlement moral « transforme le patient en victime » et empêche d'intégrer « les enjeux bien réels autour desquels se nouent ces drames ».

Pour Mme R, la réorganisation du travail dans un contexte de menace de licenciement sollicite la concurrence entre les travailleurs. La coopération est bloquée, l'action est remplacée par des relations de prestance et de rivalité. Le collectif s'affaiblit et les salariés sont de plus en plus isolés. L'absence de solidarité et le climat de précarité peuvent être considérés à l'origine du consentement collectif, directeur et assistantes de direction ne souhaitant pas se faire remarquer par le responsable des ressources humaines. Quant à sa collègue directe, le risque qu'elle perde son emploi est important, « ils ne vont pas se priver d'une occasion en or pour s'en débarrasser » commente Mme R.

Un genre professionnel à retrouver :

En situation de réorganisation du travail, la psychodynamique du travail attire notre attention sur un autre type de souffrance. La crainte de licenciement est à l'origine d'une crainte de perdre l'objet social que l'on qualifie d'emploi, par opposition au travail en tant que fonction. L'un peut être perdu sans l'autre. Même en période de chômage, si les liens sociaux persistent et avec eux l'espoir de retrouver un emploi, la fonction est préservée, « je suis carreleur au chômage ». À l'inverse, certaines organisations dégradent tellement le genre professionnel que, malgré la persistance de l'emploi, le travailleur est destitué de sa fonction (Davezies, 2004).

L'identité professionnelle de Mme R est constituée par une série de liens : avec son directeur, avec les autres assistantes de directions, avec les collaborateurs extérieurs. C'est la façon dont s'articule ce nœud de relations qui la constitue. Mais, Mme R s'est progressivement retrouvée isolée de son réseau professionnel et ses liens se sont fragilisés. Son identité professionnelle s'est dissoute. Les entretiens ont permis, entre autres, de raconter sa fonction professionnelle perdue et ainsi de raconter son histoire en y remettant du sens. Elle n'est plus qu'une victime qui se trouvait au mauvais endroit au mauvais moment, elle est une assistante de

direction en souffrance au sein d'une entreprise. Quand le responsable lui propose un autre poste et décide de supprimer son ancien poste, il fournit une réponse en terme d'organisation du travail qui permet de restaurer Mme R dans sa fonction.

III.3.4. Analyse psychosociale

Nous allons enfin aborder le cas de Mme R avec les outils de la clinique psychosociale. Dès lors, comme nous l'avons étudié, le travail est un objet social qui incarne la promesse du contrat narcissique, résumé par Furtos en ces termes « si tu rentres dans notre culture, tu auras ta place ». Au travers de l'étude des liens qui unissent Mme R et l'URSSAF, nous allons tenter de comprendre les enjeux de sa souffrance d'origine professionnelle.

Le récit qu'elle livre de ses parents est très clivé. Le vocable employé au sujet de sa mère reflète des sentiments de haine : « égoïste », « égocentrique », « manipulatrice ». Elle dira un jour « je l'ai toujours détestée ». Quant à son père, elle dresse de lui le portrait d'un homme bon, affectueux, dont la vie aurait été gâchée par sa femme. Ainsi, elle évoque un avancement professionnel auquel il a renoncé pour satisfaire le désir de déménagement de son épouse. Elle appuie son argumentaire en nous expliquant que ses deux sœurs pensent comme elle, d'ailleurs les deux ont quitté la région « pour fuir notre mère ». Elle dit être restée pour « soutenir » son père. Ce dernier était cadre à l'URSSAF, d'abord en Bretagne puis à l'agence de Nice pendant une vingtaine d'années. Quand Mme R a obtenu son baccalauréat, il l'a faite entrer dans l'entreprise comme secrétaire. Elle dit avoir toujours caché à ses collègues son lien de parenté avec son père pour ne pas être traitée de « fille de ». Elle raconte pourtant avec nostalgie que, pendant plusieurs années, ils pouvaient se voir dans l'entreprise sans sa mère « au milieu ». Son investissement dans le travail entretenait chez elle la rivalité avec sa mère à l'égard de son père.

C'est donc un lien familial qui l'a fait passer du groupe familial au groupe de travail. Son père créait une continuité entre la scène de l'intime et la scène sociale, voire une superposition.

À l'époque où elle subissait des violences conjugales, elle insiste sur son sentiment de sécurité dans le groupe de travail. Ce groupe lui conférait une autre identité qui renforçait son estime de soi, « au travail j'étais quelqu'un de bien ». Ainsi, l'image d'elle-même que lui renvoyait cette scène sociale venait contrebalancer son image dévalorisante de « femme battue ». Son travail, au travers de son appartenance au groupe, avait une fonction d'étayage, au sens de Kaës (2006) « L'expérience, dont le groupe est le lieu, est aussi celle de l'étayage de la psyché sur le groupe : il est l'occasion de soutien, de point d'appui, mais aussi de processus de

transformation de l'expérience du groupe en réalité psychique ». Ainsi sa défaillance interne, ou l'effondrement de son estime de soi, prenait appui sur son activité professionnelle.

Aujourd'hui, son père est en fin de vie. Il souffre d'un cancer. Elle lui rend visite tous les jours. « S'il mourrait, je ne survivrais pas » dit-elle pour exprimer son angoisse. Qui plus est, son entreprise risque de fermer. Mme R est exposée à des ruptures de contrats narcissiques en chaîne. Dans ce contexte où ses appartenances sont mises à mal, nous émettons l'hypothèse que le recours à un fonctionnement psychique projectif résulte de cette souffrance.

« Les situations de rupture montrent comment la scène du travail est habituellement investie narcissiquement d'une part, et d'autre part supporte la diffraction de la psyché ou d'éléments de la psyché sur chaque figurant du groupe de collègues dans la situation de l'entreprise » (Colin et Duez, 2008). La diffraction est un mécanisme de défense décrit par Freud dans l'analyse des rêves et repris par Kaës (2006) comme un processus psychique en travail de groupe. C'est la répartition des charges d'investissements d'un sujet sur plusieurs objets différents. Contrairement à la projection, elle permet la constitution d'étayage. En situation de rupture, la diffraction peut se transformer en projection.

Dans la situation de Mme R, nous pouvons supposer que, jusqu'à présent, son travail et ses collègues, pour devenir un étayage, ont été investis d'affects et de représentations personnelles lui permettant de soutenir son narcissisme. Elle conférait à l'entreprise une fonction de substitut paternel, elle en attendait une protection. Face à l'angoisse suscitée par la maladie de son père et la menace de fermeture, les charges d'investissements réparties dans l'URSSAF lui font retour sous forme persécutoire.

L'origine de la « souffrance au travail » semble ici être le fait d'une mise en résonance entre sa situation professionnelle et sa vie personnelle.

III.4. Mr P

III.4.1. Présentation clinique

Mr P est adressé, en urgence, à la consultation de psychiatrie du pavillon M par son neurologue pour prise en charge d'une crise suicidaire.

Il a pour antécédent une tumeur intracérébrale glioneuronale maligne située au niveau du lobe frontal droit, en région pré-centrale. Il a bénéficié d'une exérèse chirurgicale en 2004, suivie d'une chimiothérapie et d'une radiothérapie. Il souffre d'une épilepsie partielle séquellaire pour laquelle il est traité par oxcarbazépine et gabapentine.

Le dernier bilan neuropsychologique réalisé en octobre 2012 retrouve un fonctionnement cognitif global qui n'est pas significativement détérioré. Il est observé la production d'erreurs attentionnelles. Le profil cognitif suggère la possibilité de quelques dysfonctionnements sous-cortico frontaux avec une légère atteinte de la planification, de la mémoire épisodique et dans l'accès aux mots. Ce profil n'a pas été retrouvé au précédent bilan réalisé en 2009, qui ne notait qu'un déficit du rappel visuel, sans déficit des capacités exécutives et attentionnelles. On ne note ni antécédents psychiatriques, ni antécédents familiaux particuliers. Mr P est marié depuis une vingtaine d'années. Il a deux filles, âgées de 11 et 21 ans. Il vit dans un petit village du haut pays niçois. Sa fille aînée, en deuxième année de droit, a quitté le domicile familial depuis trois ans. Il est sous-brigadier dans la police aux frontières, en arrêt de travail, prescrit par son neurologue, depuis trois mois pour syndrome anxio-dépressif.

Examen clinique :

Mr P est un homme de 49 ans, de taille moyenne, les cheveux châtons coiffés en brosse. Son look vestimentaire est décontracté, il porte un sac en bandoulière. Il a l'allure d'un jeune homme. Cet aspect général contraste avec l'observation plus précise une fois dans le bureau médical. La gestuelle est lente, la poignée de main timide. Les traits du visage sont tirés. Le regard est d'abord fuyant, le contact s'améliore au fur et à mesure de l'entretien.

Le discours est cohérent et bien organisé. Le ralentissement psychomoteur est franc et la bradypsychie importante marquée par une augmentation du temps de latence des réponses. La plainte est centrée sur un vécu de honte et d'humiliation sur son lieu de travail. Ces difficultés sont apparues lors d'un changement de poste, il y a de cela neuf mois. Il se dit victime d'une

mise à l'écart de ses collègues, de l'attribution de nouvelles tâches « impossibles » par sa hiérarchie. Ce climat persécutoire est, pour Mr P, orchestré pour le faire quitter le service. Depuis sa tumeur cérébrale, il est dispensé de travail de nuit et est régulièrement absent du fait de rendez-vous médicaux ou de crises d'épilepsies invalidantes. Il explique avec amertume que ces faits lui sont reprochés sur son lieu de travail.

Il met en avant l'apparition progressive de symptômes neuro-végétatifs. Le sommeil est haché, marqué par des réveils précoces à cinq heures du matin. L'appétit diminue, il perd trois kilos en deux mois. Il rapporte une baisse de la libido. La diminution de l'énergie vitale et l'asthénie quotidienne ont entraîné un abandon des loisirs habituels comme la marche à pied, le jardinage ou les dîners entre amis. L'anhédonie se retrouve aussi au sein de sa cellule familiale, les relations avec sa femme et ses filles ne lui procurent plus aucun plaisir. L'humeur s'est assombrie et la douleur morale ne lui laisse plus aucun moment de répit dans la journée.

Cette situation professionnelle génère chez lui un sentiment de désespoir à laquelle il ne trouve aucune issue hormis le suicide. Les idées noires sont apparues pour la première fois il y a 6 mois. D'abord peu intenses et fluctuantes, il parvenait à les mettre à distance. Puis acculé par la situation et se vivant comme un fardeau pour son épouse, il raconte froidement s'être rendu en haut d'une falaise et avoir, pendant 30 minutes, envisagé de sauter. L'idée de faire souffrir sa femme et ses filles lui a permis de faire demi-tour. Quelques semaines plus tard, c'est le canon de son pistolet qu'il a mis dans sa bouche. Mourir lui permettrait d'arrêter de souffrir mais serait aussi un message à l'intention de ses collègues « pour qu'ils culpabilisent ». Ses idées suicidaires sont toujours présentes, plusieurs fois par jour.

Mr P n'est pas favorable à une hospitalisation. Il est en revanche demandeur de soins en ambulatoire, « je veux redevenir comme avant » dit-il.

Face à ce tableau clinique, le diagnostic d'épisode dépressif majeur d'intensité sévère compliqué d'une crise suicidaire est posé. Un traitement par agomélatine 25 mg au coucher est instauré et un suivi rapproché organisé. L'arrêt de travail est poursuivi.

L'entretien suivant, nous revenons sur le vécu de persécution dans son milieu professionnel. Il attribue à tous ses collègues des attitudes moqueuses et humiliantes à son égard. Lorsqu'un nouveau dossier à traiter arrive sur son bureau, le regard de son voisin est pour lui condescendant et humiliant, « il me regarde comme si je n'y arriverais pas ». Quand il demande à quitter le travail à la suite d'une crise d'épilepsie partielle avec hypoesthésie du membre inférieur droit, un syndrome qui n'est pas objectivable à l'œil nu, les rictus de ses collaborateurs signifient une mise en doute de sa pathologie, « ils croient que je simule ». Le

combiné téléphonique de son bureau a été changé pour un modèle plus ancien, « ils pensent que je ne suis pas digne de travailler avec eux ». Il réaffirme que leur objectif est de le contraindre à quitter le service. Ce sont des mécanismes intuitifs et interprétatifs qui sont à l'œuvre. Mr P y adhère totalement, sans qu'aucune critique ou mise en doute soient possibles. Ces idées sont associées à une participation anxieuse intense. Elles alimentent ses sentiments d'infériorité, de honte et de désespoir.

Le reste de ses relations interpersonnelles ne semblent pas entaché par ce fonctionnement psychique. En arrêt maladie depuis trois mois, sa dépression et ses éléments de sensibilité ne cèdent pas. Les ruminations anxieuses persistent. Il n'envisage pas de reprendre le travail dans ce service et le suicide reste pour lui une solution.

Anamnèse :

Mr P a été affecté au centre de coopération franco-italienne en 2009 à la suite de son cancer. Son épilepsie séquellaire ne lui permet plus ni de porter une arme à feu ni de travailler sur le terrain. Mr P raconte avoir eu du mal à accepter un emploi de bureau, lui qui affectionnait l'action dans son travail.

Dans ce centre, gendarmes, douaniers et policiers assurent ensemble la sécurité des frontières. Son travail consiste à collecter des informations par les biais informatiques et téléphoniques au sein d'enquêtes variées portant sur des trafics de stupéfiants, la résolution d'homicides, de disparitions inquiétantes et sur l'immigration clandestine. Le résultat de ses enquêtes effectuées depuis son bureau est transmis aux collègues sur le terrain.

Dès son arrivée, il ressent une difficulté à s'intégrer au collectif. L'équipe est composée d'une vingtaine de personnes dont la majorité appartient au service depuis plusieurs années. Les temps de pause sont peu chaleureux, il déjeune souvent seul mais réalise son travail sans difficulté. Il raconte ne pas parvenir à trouver sa place, mais ne perçoit aucune intention malveillante chez ses collègues.

En 2011, un contrôle d'IRM cérébrale découvre une nouvelle image cérébrale. Mr P est remis en arrêt de travail, des explorations sont menées. Ce n'est finalement pas une récurrence mais la surveillance est rapprochée.

Lorsqu'il reprend son activité, il est changé de poste au sein du même service. Son bureau a été déménagé dans un angle de l'open space, « au coin » comme il raconte. Son nouveau poste consiste à étudier le dossier de chaque individu interpellé côté français en situation irrégulière. Il doit faire la preuve administrative du premier pays traversé lors de l'exil afin que, selon les

accords internationaux, les individus soient extradés ou pas. Jusqu'à présent, les dossiers de réadmission étaient peu nombreux, en moyenne deux par jour. Ils étaient traités par les policiers disponibles au moment de leur arrivée. La répartition de cette tâche se faisait par le collectif de façon informelle. Selon lui, c'était « le sale boulot » auquel chacun devait se soumettre. Cela se passait correctement, il reconnaît que certains collègues parvenaient souvent à y échapper, mais lui « jouait le jeu sans se défilier ». Pendant son arrêt de travail, la révolution tunisienne a donné lieu à une augmentation majeure de personnes qui pénètrent sur le sol français en situation irrégulière. L'administration du centre de coopération a décidé de créer un poste supplémentaire pour répondre aux besoins. C'est lui qui est nommé à ce poste.

Désormais, c'est une vingtaine de dossiers qui arrivent quotidiennement. Il est seul à les traiter avec des contraintes de temps imposées par la nécessité de rediriger les individus dans les plus brefs délais. Un retard sur un dossier met ses collègues de terrain en difficulté. Dans ce contexte, il dit ne pas parvenir à faire du « bon travail ». Qui plus est, il décrit un sentiment d'inutilité dans son travail. Une fois la provenance de l'individu prouvée, celui-ci est reconduit à la frontière sans aucune prise en charge en aval. La plupart du temps, il voit revenir sur son bureau les mêmes dossiers un mois plus tard. Son travail n'a « aucun sens ». Il explique que, s'il bâcle les dossiers et n'identifie pas d'où viennent les individus, les statistiques du service chuteront et l'idée n'est pour lui pas tolérable. S'il les traite correctement, cela prend du temps et il devra quasi systématiquement le retraiter quelques semaines plus tard. C'est dans ce contexte de perte de sens de son activité que le tableau clinique s'installe.

Éléments biographiques :

Mr P est né à Menton dans une famille d'origine italienne. Son père était maçon, il possédait sa propre entreprise et sa mère n'a jamais travaillé. Il a un frère de deux ans son cadet.

Il décrit une mère italienne, très protectrice qui le portait aux nues dans tout ce qu'il faisait. « Je n'allais pas en colonie de vacances parce qu'elle avait décidé que je n'aimais pas ça » dit-il amusé. On retrouve une angoisse de séparation avec des pleurs incoercibles lors des premières vacances dans la famille de son père et à l'entrée à l'école primaire.

Son père était un homme « droit et juste » qui incarnait l'autorité parentale.

Il se raconte comme un enfant sage et obéissant, un élève consciencieux et appliqué, mais de niveau moyen. « Quand on me punissait, je trouvais ça juste ». Il n'a pas souvenir d'une adolescence mouvementée, racontant qu'il avait peu d'autorisations de sortie et qu'il respectait les règles parentales.

À 18 ans, il échoue au baccalauréat et part faire son service militaire. Cette expérience lui a laissé une certaine nostalgie, « dans l'armée, je me sentais bien ». Empreint des valeurs morales d'ordre, de respect et de justice, il décide de passer le concours d'entrée dans la police nationale. Il venait de rencontrer son épouse actuelle qui accepte de le suivre à Lyon. Après l'école de police, le couple y reste huit ans et leur première fille verra le jour.

Quitter la région était pour lui salvateur, « je me suis affirmé ». Mais ce départ a généré des conflits avec ses parents et son frère, « ils m'ont accusé d'avoir changé à cette époque ». Alors que son frère reprend l'entreprise de maçonnerie et emménage avec sa femme dans la maison familiale, Mr P se sent mis à l'écart. Il décrit une période de mal-être où sa culpabilité le pousse à redescendre très fréquemment dans sa famille alors que les relations sont tendues. Finalement, un conflit éclate entre son épouse et sa mère et sa belle-sœur. A ce jour, les relations entre les deux femmes sont tout juste cordiales. Mr P décide alors de se faire muter à l'étranger dans un poste en ambassade. Il s'installe avec sa femme et sa fille à Lisbonne puis à Beyrouth pendant six ans. Leur deuxième fille naîtra au Liban.

En 2004, son père décède brutalement. Mr P décide alors de rentrer en France et obtient sa mutation dans la police aux frontières à Menton. Envahi par la culpabilité de ne pas avoir été présent à la mort de son père, il souhaite se rapprocher de sa mère. Quatre mois plus tard, encore très affecté par le deuil, il présente des crises d'épilepsies partielles. Le bilan d'exploration diagnostique une tumeur intracérébrale. Dans les jours qui suivent, une exérèse chirurgicale est effectuée. Le résultat anatomopathologique conclut à une tumeur maligne glioblastome associée à une tumeur glioneuronale. Il s'en suit deux années d'hospitalisations régulières pour les différents traitements : chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie. Il conserve une épilepsie partielle séquellaire. Mr P n'évoque que très peu cette période.

En 2008, Mr P insiste pour reprendre son emploi. Après expertises, le médecin du travail et sa hiérarchie lui trouvent un poste au centre de coopération franco-italien où il prend ses fonctions en 2009.

Évolution :

Mr P est ponctuel et assidu à son suivi. Le traitement par agomélatine est remplacé pour de la mirtazapine à 30 mg suite à l'allégation d'une anéjaculation qu'il attribue au médicament. L'évolution est marquée par une amélioration sur le plan comportemental avec une reprise progressive des activités de loisirs et une atténuation de l'apragmatisme. Notre observation contraste avec le vécu subjectif de Mr P qui ne perçoit aucune modification thymique.

L'effondrement narcissique est alimenté par les ruminations des remarques de ses collègues. Ces ruminations génèrent un sentiment d'injustice. Son arrêt maladie est vécu sur le mode de l'échec et de l'incapacité. Il n'envisage pas de reprendre une activité dans ce service et malgré nos sollicitations ne prend pas contact avec le médecin du travail.

En avril 2013, Mr P arrive souriant à la consultation. Le style vestimentaire est soigné et très accessoirisé : bretelles pendantes, bracelet en cuir, sac à main coloré. Il a été convoqué par le médecin du travail de la police. Celui-ci l'informe que le service a été réorganisé et que son poste a été supprimé. La direction lui propose de reprendre son activité au sein de l'open space, les dossiers de réadmission sont à nouveau traités par l'ensemble des travailleurs. Avec l'accord de Mr P, le médecin du travail nous contacte pour avoir notre avis sur ce changement d'organisation. Nous y sommes, bien-sûr, favorables. Pour notre patient, le caractère aberrant de son travail avait été reconnu et ainsi son « honneur était sauf ». Il se sent désormais capable de retourner au travail.

En juin 2013, il reprend son activité. Cliniquement, nous observons un retour à l'euthymie et une restauration narcissique. Mr P évoque un sentiment d'utilité retrouvé dans le travail. La réintégration du collectif se fait sans difficulté. Les mécanismes interprétatifs ont disparu. Toutefois, il ne les critique pas mais élabore un compromis psychique fait de rationalismes, « ils ont fait marche arrière, ils ont fini par comprendre que si je n'y arrivais pas, ça n'était pas de ma faute mais parce que ça n'était pas possible ».

III.4.2. Discussion diagnostique et psychopathologique

Au moment de notre rencontre, Mr P présente un tableau d'épisode dépressif majeur sévère compliqué d'une crise suicidaire. Ce tableau clinique se singularise par la présence d'éléments de sensibilité.

III.4.2.1. Les éléments cliniques de sensibilité

À son retour au centre de coopération suite à trois mois d'arrêt maladie pour suspicion d'une récurrence de sa tumeur cérébrale, sa fiche de poste est modifiée. Il est désormais seul affecté au traitement des dossiers de réadmission, tâche considérée par le collectif comme le sale boulot. Cette mutation est à l'origine d'une profonde vexation et d'un sentiment d'humiliation. La symptomatologie sensitive s'installe dans ce contexte.

Nos observations cliniques font état d'idées délirantes à thématique de préjudice et d'idée de référence qui s'élaborent par de mécanismes intuitifs et interprétatifs. Ces idées délirantes ne

s'accompagnent d'aucune symptomatologie dissociative. Mr P interprète ce changement de poste comme une volonté de lui nuire de la part de ses collègues et de sa hiérarchie. Nous ne retrouvons pas de persécuteur désigné mais une impression diffuse que « on » lui veut du mal. « On » voudrait le pousser à quitter le service à cause de son manque d'efficacité dans le travail du fait de sa pathologie somatique. Progressivement, la totalité de son vécu du milieu professionnel est colorée par cette idée de préjudice. Les regards de ses collègues sont condescendants « j'ai senti dans son regard qu'il pensait que je n'y arriverai pas », leurs gestes signifient leur manque de considération à son égard « quand il a posé la pile de dossiers sur mon bureau, c'était pour me mettre au défi de les traiter dans la journée ». Il les accuse de négligence malveillante, il pense qu'ils remettent en question l'authenticité de ses crises d'épilepsie. Ce ressenti génère une anxiété de fond importante. L'anxiété favorisant la survenue de crises d'épilepsie, avant son arrêt maladie, il fait jusqu'à une crise par jour sur son lieu de travail.

Kretschmer est le premier à décrire des tableaux cliniques de paranoïa sensitive. Il s'attache à démontrer la grande variabilité de ce trouble, parlant tantôt de névrose et tantôt de psychose, il cherche à en dégager un « type essentiel d'existence » (Henry, 2002). Ey, dans son manuel de psychiatrie, intègre le délire sensitif de relation dans sa nosographie. « Ce délire est un délire de relation, car dit Kretschmer, il est vécu comme l'expérience cruciale d'un conflit du sujet avec un autre ou un groupe d'autres. Il s'agit d'un délire de relation concentrique, ajoute l'auteur, car le sujet est le centre de cette expérience, de ce procès qui environne et menace le sujet lui-même. » (Ey, 1978).

Cette interprétation délirante est associée à un sentiment d'injustice qu'il rumine sans cesse, « ils m'en veulent d'être malade, ça ne se fait pas », et la thymie s'effondre. Il raconte sa souffrance autour d'un conflit éthique. Très attaché aux valeurs de justice, de rigueur et de respect, il se dit heurté par leur « immoralité ». À propos de sa dépression, son discours est centré sur les aspects neuro-végétatifs de sa pathologie : son ralentissement psychomoteur, la perte d'appétit, les troubles du sommeil et la diminution de la libido. Les idées suicidaires apparaissent de façon d'abord fluctuantes et peu intenses. Il envisage sa mort comme une manière de faire payer ses persécuteurs « pour qu'ils aient honte de ce qu'ils ont fait ». Il ne s'agit pas d'idées suicidaires associées à des auto-accusations. La crise suicidaire s'aggrave, mourir lui paraît être sa seule alternative. Notons, qu'à aucun moment, nous ne retrouvons de menaces de passage à l'acte hétéro-agressif.

Ici, l'indifférence des autres vis-à-vis de lui est perçue comme une agression à la mesure des attentes déçues. D'un point de vue psychopathologique, il s'agit d'« imputer à l'autre

l'agressivité secondaire à la frustration qui, en soi, est niée ou refoulée. Le retour du dénié ou du refoulé se fait dans la perception projective de l'autre, de ses intentions, ses désirs, son action, son comportement » (Brusset, 2011). Nous allons maintenant analyser à quoi ce sentiment de honte est associé chez Mr P.

III.4.2.2. Une dépression sous-jacente

La reprise de l'anamnèse biographique de Mr P permet d'émettre l'hypothèse d'une symptomatologie dépressive sous-jacente évoluant depuis de nombreuses années.

Lorsqu'après l'échec au baccalauréat il part étudier à Lyon, les conflits familiaux éclatent. Ses parents et son frère, lui reprochant son départ, se montreraient rejetant à son égard. La rivalité fraternelle, déjà présente s'accroît. La fratrie apparaît clivée dans son discours. Son frère est le bon fils qui reprend l'entreprise paternelle et emménage dans la maison familiale, alors que Mr P est le mauvais fils qui a abandonné sa famille pour des ambitions personnelles et à qui mère et frère reprochent d'être devenu égoïste. Pour lutter contre son exclusion familiale, il redescend tous les week-ends chez ses parents malgré une ambiance froide et électrique. Il décrit à cette époque un mal-être et une perte de confiance en lui. Face à cette symptomatologie, nous pouvons émettre l'hypothèse d'un épisode dépressif majeur. Son travail est alors une source de gratification importante. Il est en poste sur les autoroutes où il intervient à la suite d'accidents de la route. Il décrit son travail auprès des accidentés et des familles endeuillées comme très valorisant, il s'y sentait utile. Sa profession est investie comme un étayage qui vient soutenir son narcissisme abîmé par les conflits familiaux.

Dans un deuxième temps, il trouve refuge à l'étranger. Il se fait muter en ambassade, Beyrouth puis Lisbonne. Ces six années vécues en expatrié sont idéalisées : tout y était parfait, il s'y sentait bien et sa famille aussi. Le décès brutal de son père vient rompre ce tableau idyllique. Aujourd'hui encore, le processus de deuil ne semble pas terminé. Le vécu traumatique de cet événement est toujours palpable dans son récit entrecoupé de sanglots. Il nous raconte en détail le jour de l'enterrement, son père dans le cercueil, le baiser qu'il lui dépose sur le front alors qu'il n'avait plus embrassé son père depuis trente ans. Le sentiment de culpabilité de ne pas l'avoir vu avant qu'il ne meurt est intense. Dans le mois qui suit, il demande et obtient sa mutation professionnelle à Menton pour se rapprocher de sa mère. Les relations avec sa mère et son frère s'apaisent mais il persiste une distance relationnelle. Quatre mois plus tard, on lui découvre une tumeur maligne intracérébrale.

III.4.2.3. Le cancer, un psycho-traumatisme

La survenue brutale de ce cancer de pronostic sévère vient bouleverser son existence. Il décrit une « bataille » de deux ans pendant lesquels il semble faire corps avec l'équipe soignante pour lutter contre une partie de lui-même qu'il ne reconnaît pas comme lui appartenant, sans qu'à aucun moment ses affects surgissent. Il se coupe de l'expérience. La littérature psychanalytique décrit le caractère traumatique de l'annonce d'une maladie grave et la mise en place de processus psychiques de défense, tel que le clivage. « Cette coupure se combine fréquemment avec un processus opératoire étayé par une identification au discours médical » (Ferrant, 2008).

Ce cancer apparaît dans la vie de Mr P comme un « événement », au sens phénoménologique de Pachoud (2005) : « un événement (entendu au sens fort) a un sens qui n'est pas dépendant du contexte, précisément parce que cet événement lui-même détermine le contexte, le reconfigure complètement, et par-là même induit une réévaluation du sens de tous les autres faits ». Il marque une rupture dans le monde, au sens existentiel, qui s'en trouve irréversiblement changé. L'événement ne sera compris que rétrospectivement car il devra être interprété en fonction du nouveau contexte qui surgit avec lui. De façon inhérente à sa définition, il entraîne une déstabilisation psychique en bouleversant l'identité du sujet. Cette période de déséquilibre peut engendrer une décompensation psychopathologique notamment si le sujet ne parvient pas à l'accueillir, à se laisser transformer, ou au contraire se ferme et se crispe face aux bouleversements qui s'annoncent.

La survenue de cette tumeur intracérébrale devrait remettre en question ses projets et réorienter son parcours de vie. Pourtant, Mr P semble en difficulté pour accepter ces changements. L'événement ne paraît pas intégré et une pensée opératoire, décrite en psychosomatique, s'est mise en place.

En entretien, quasiment aucun affect n'est verbalisé concernant le cancer. La seule angoisse qu'il évoque froidement est sa peur d'être paralysé à la suite de la chirurgie, « quand j'ai vu que je pouvais encore bouger, tout allait bien ». Lorsqu'il raconte la crainte de la récurrence lors de la découverte d'une image à l'IRM, le ton est monocorde. Il insiste sur l'inquiétude de ses proches et passe sous silence la sienne.

En plus de l'alexithymie, le discours est technique marqué par l'emploi de termes médicaux, tel que la classification internationale de la tumeur. Ces mécanismes ont une double fonction : ils permettent une forme de mise à distance et procurent l'illusion d'une certaine maîtrise.

La pensée opératoire est un processus de défense à disposition du moi pour faire face à une situation traumatique (Ferrant, 2008). Mr P présente un tableau de psycho-traumatisme où le cancer n'a pas été intégré au reste de son histoire. Sa peur de devenir paralysé dévoile son incapacité à accepter une position passive et dévoile un déficit narcissique face auquel il utilise l'action comme processus auto-calmant. On retrouve ces modalités de fonctionnement psychique dans ses antécédents. Le sport comme sa profession ont toujours été investis massivement. Marathonien, il pratique la course à pied de façon intensive. Sa réussite dans ce domaine lui apporte un gain narcissique nécessaire à son équilibre. Quant à son travail, il suscite chez lui une fierté. De son appartenance au corps de police, il tire une valorisation sociale.

Nous postulons que cette mise à l'écart professionnelle entre en résonance avec sa mise à l'écart familiale. Ses sentiments d'infériorité et de honte consécutifs à son exclusion familiale seraient réactivés par le cancer. Quand il est de nouveau mis à l'écart à son travail, ces sentiments sont intolérables. Il les projette sur ses collègues et les circonscrit à sa pathologie somatique. Nous pouvons émettre l'hypothèse que la projection vient ici éviter la mélancolie.

III.4.3. Analyse clinique du travail

La problématique de Mr P peut être éclairée par la psychopathologie du travail. L'analyse du contexte dans lequel survient sa décompensation permet de mieux comprendre sa souffrance et ouvre de nouvelles pistes de prise en charge. Au travers de l'analyse de l'organisation du travail, la question de l'intégration au collectif nous apparaît centrale.

III.4.3.1. Les facteurs favorisant l'isolement

Les horaires :

À l'affectation de Mr P au centre de coopération franco-italien, en 2009, son intégration au collectif de travail a été rendu difficile par l'organisation même de l'emploi du temps. Le centre est ouvert 24h sur 24, les fonctionnaires travaillent en trois fois huit heures. Il existe des équipes fixes de matin, de soir et de nuit. Le médecin du travail a contre-indiqué le travail de nuit à Mr P, la hiérarchie le positionne alors en horaire de journée, 8h – 16h. Ce qui peut apparaître comme un avantage en termes de qualité de vie est un handicap au sein du collectif.

Il n'appartient à aucune équipe. Il est privé d'un sentiment d'appartenance à ses pairs et ne peut bénéficier des mécanismes de défenses collectifs. Être « flic au centre de coopération », c'est partager avec les autres la discipline des horaires décalés et gagner la fierté qu'engendre la dureté du travail. Mr P subit un rejet agressif empreint de jalousie. Marie Pezé (2010) met en garde contre les conséquences négatives d'horaires de travail décalés par rapport aux autres membres d'une équipe. Ce décalage favorise l'isolement, en séparant le sujet de son collectif.

L'ergonomie :

L'ergonomie fournit également des outils pour comprendre ce sentiment d'isolement. Lors de son retour d'arrêt maladie en 2011, le bureau de Mr P est déplacé hors de la plate-forme ouverte, l'open space, où travaillent ses collègues. L'open space est un outil managérial. Il a comme objectif de créer une convivialité entre les travailleurs et un partage de valeurs d'entreprise. Il facilite également la surveillance des supérieurs (Des Isnards, 2008). Que l'idéologie d'entreprise soit intégrée ou décriée, le problème ne doit pas se résoudre à l'échelle individuelle mais à l'échelle collective, au risque pour l'individu d'être mis au ban (Pezé, 2010). Être délocalisé hors de l'open space prive également Mr P du sentiment d'appartenance au collectif.

Le « sale boulot » :

Malgré sa difficulté d'intégration, à son arrivée en 2009, son récit laisse percevoir un collectif de travail dans lequel la coopération opère. Le traitement des dossiers de ré-admission est la part de l'activité considérée comme ingrate, celle qu'on cherche à déléguer, c'est ce que Mr P, mais aussi les sociologues du travail, qualifient de « sale boulot ». À l'époque, il est réparti au sein du service de façon, certes non égalitaire, mais solidaire. L'équilibre entre souffrance et plaisir au travail se maintient. La révolution tunisienne a entraîné une augmentation de la charge de travail. La réorganisation du travail s'est effectuée sans préserver la solidarité. Le « sale boulot » est évacué. Il ne pèse dorénavant que sur un seul travailleur.

Everett Cherrington Hugues, sociologue de l'école de Chicago, introduit la notion de « dirty work » au sein de sa réflexion sur la division morale du travail, dans les années 1960. Sa théorie est reprise et développée par Lhuillier (2005). Le « dirty work » comprend les métiers considérés comme dégoûtants par l'ensemble de la population, ceux qui confrontent à la souillure et à la transgression, mais aussi ce qui, dans toute activité, peut se définir comme ce

qu'on cherche à ne pas faire, les activités les moins honorables du métier. Ils insistent sur la dimension d'oubli qui y est associée. C'est ce que l'on délègue et auquel on ne veut plus penser. Se voir attribuer le sale boulot expose au risque de progressivement disparaître de la scène collective.

III.4.3.2. De l'isolement à l'aliénation

La souffrance éthique :

En psychodynamique du travail, le concept de « sale boulot » est lié à celui de souffrance éthique. On parle de « sale boulot » quand le sujet agit contre ou en dépit de son sens moral. La souffrance éthique se développe lorsqu'une situation de travail affecte ce qui compte pour la personne, ce qui est investi d'une valeur. Ceci s'articule étroitement avec les règles de métier et le genre professionnel. Toute tâche s'inscrit dans une éthique individuelle et collective (Molinier, 2010).

Au centre de coopération, expulser des sans-papiers ne heurte pas les valeurs morales des policiers, douaniers et gendarmes engagés dans la police aux frontières. Ce qui compte pour eux, c'est apporter leur contribution au maintien de la sécurité nationale. Les reconduites à la frontière ne sont suivies d'aucune prise en charge en Italie. Les mêmes individus retiennent leur chance, systématiquement, quelques semaines après. Mais aucun des immigrés ne fournit sa véritable identité, l'enquêteur est informé par son collègue de terrain que l'individu est déjà passé car il a été reconnu visuellement. Depuis son bureau, il n'a aucun moyen de savoir à quel dossier l'individu correspond, il doit en faire un nouveau. L'activité est donc totalement inutile. Pour Mr P, ce travail n'apporte aucune gratification et est source d'une souffrance éthique qui génère chez lui un sentiment de honte.

L'identification au sale boulot :

Mr P raconte le caractère vexant et humiliant de se voir confier la tâche ingrate. « Ceux qui sont en charge du sale boulot ont à construire les conditions d'une légitimation qui permette d'éviter l'assimilation - identification avec l'objet déchu et / ou la transgression et qui ouvre l'accès à la sublimation » (Lhuillier, 2005). Ces conditions font appel aux problématiques de reconnaissance et d'affiliation sociale qui trouvent leur possibilité de réalisation dans le collectif

de travail. L'appartenance à une communauté professionnelle permet l'élaboration de mécanismes de défenses collectifs et fournit l'espace intersubjectif dans lequel le sens du travail peut être reconstruit à la suite de la confrontation à l'épreuve de réalité (Davezies, 1993 ; Dejours, 2009).

Dans notre cas, le « sale boulot » ne fait pas l'objet de disputes professionnelles, de délibération. Ce manque de coopération peut être dû au caractère soudain de la situation, la révolution tunisienne, au manque de moyens fournis par la hiérarchie malgré l'augmentation de la charge de travail et au caractère aberrant de la tâche. Des mécanismes de défense collectifs se mettent en place, à type de déni de la réalité. Le « sale boulot » est projeté au dehors et dénié. Par des mécanismes d'identification, Mr P est mis à l'écart avec sa tâche ingrate. Il se retrouve seul, coupé de la relation avec autrui.

Aliénation mentale ou aliénation sociale ?

Sigaut, anthropologue du travail, propose une formalisation du triangle de la dynamique de l'identité sous la forme : Réel - Autrui - Ego. Il décrit trois formes d'aliénation qui en découlent. L'aliénation mentale lorsque le sujet est coupé d'autrui et du réel, l'aliénation culturelle lorsque le sujet et autrui entretiennent une relation mais sans lien avec le réel et l'aliénation sociale lorsque le sujet est seul face au réel (Sigaut, 1989). L'aliénation sociale est une position délicate du point de vue de l'économie psychique. Ne pas être reconnu dans son lien que l'on entretient avec le réel est déstabilisant en terme d'identité. Soit le sujet doute de son rapport au réel, ce qui le conduit à douter de son identité, alors la dépression apparaît. Soit il maintient à tout prix sa conviction et verse dans la paranoïa (Pezé, 2010).

Privé de toute reconnaissance par autrui, Mr P est seul face au réel du travail. L'organisation du travail le plonge en situation d'aliénation sociale. Il se retrouve isolé face à la souffrance générée par la confrontation au réel qu'il ne peut transformer sans l'appui du collectif. L'issue qu'il emprunte est alors la persécution. Coupé du lien social, il projette sur l'extérieur son sentiment de honte. Une fois l'organisation du travail modifiée, le lien à autrui est restauré. Il récupère sa place au sein du collectif. La situation d'aliénation sociale disparaît. Cliniquement, il revient à un fonctionnement psychique normal.

III.4.4. Analyse psychosociale

Nous souhaitons apporter un nouvel éclairage au cas de Mr P à l'aide du concept de paranoïa sociale développé en clinique psychosociale. Ce concept, dans sa définition même, expose au risque de confondre les persécuteurs réels et les délires de persécution. Mais dans notre contexte socio-culturel, sa prise en considération peut fournir des pistes pour la conduite à tenir face à certaines situations cliniques.

Mr P nous est adressé à la consultation par son neurologue qui le suit depuis neuf ans. Notre collègue nous explique que le patient est victime de discrimination par son cancer sur son lieu de travail, ce qui a donné lieu à une dépression qui se complique d'idées suicidaires. Dès la première consultation, la manière dont Mr P dépeint sa situation nous fait évoquer un diagnostic de sensibilité. Son vécu laisse entrevoir une forme d'intercorporité particulière. Les regards que ses collègues portent sur lui, leurs gestes sont des signes comme des messages qu'il « doit » interpréter.

Charbonneau (2007) écrit ainsi « La défensivité sensitive [...] a quelque chose de spatial, issu de ce sentiment de trop-près, propre à l'intercorporité paranoïaque. Sentant l'envahissement virtuel d'autrui, d'un autrui dont il ne peut repousser la présence « derrière son dos », il s'efforce de se dégager de cette surproximité ». Discrimination ou idées de persécution, notre enjeu en tant que psychiatre est ailleurs. Il s'agit d'inscrire Mr P dans des soins et de l'accompagner dans la mise en place de solutions pour sortir de l'impasse. Mais, la question du retour à l'emploi reste entière.

En clinique psychosociale, Furtos défend une position singulière à l'égard de la paranoïa sociale dont l'objectif est d'en faire un levier d'action dans le champ de la santé mentale.

« La paranoïa sociale est cette capacité native de l'individu et du groupe à projeter l'intolérable à l'extérieur » (Furtos, 2010). Dans Psychologie des foules et analyse du Moi, en 1921, Freud considère qu'un groupe se protège de l'éclatement en introjectant les bons objets et projetant les mauvais à l'extérieur, notamment autour de la lutte contre un ennemi commun. Nous comprenons alors qu'il existe une paranoïa sociale « ordinaire » inhérente à toutes sociétés traditionnelles et modernes. En situation de précarité, le problème est différent. Le lien social s'affaiblit et la confiance en soi, en les autres et en l'avenir se transforme en méfiance. Quand la méfiance se généralise, les membres d'un groupe perdent la confiance mutuelle

nécessaire pour vivre en société. La paranoïa sociale « excessive » serait alors un signe sérieux de précarité.

En clinique psychosociale, selon Furtos (2010), cette paranoïa est une étape dans l'évolution de la précarité. Elle vient après l'« hédonisme de désenchantement » qui consiste à profiter au maximum de la vie puisque les valeurs ne constituent plus un horizon temporel porteur de projet individuel ou collectif. En aval, se situe la « mélancolisation du lien » où l'individu utilise la dernière liberté qui lui reste, l'auto-exclusion, pour se retirer du monde et de lui-même. Située en zone intermédiaire, Furtos considère la paranoïa sociale comme « annonciatrice de destructivité, mais aussi d'une forte énergie de mobilisation créatrice de possibilités nouvelles si un refus collectif de ce qui persécute aboutit à de nouveaux projets ». Face à des sujets en situation de souffrance psychique d'origine sociale, sa prise en considération est indispensable. Furtos propose alors deux principes afin de l'atténuer sans pour autant l'éradiquer.

Tout d'abord, il ne faut pas alimenter la paranoïa au risque de passer à côté de situation de persécution réelle. Ainsi, rester ouvert à la controverse et à l'incertitude permet de mieux authentifier les difficultés et les conflits.

Le second principe concerne la relation de soin. Il est parfois utile de soutenir quelque chose de persécutoire pour amorcer la relation. Il n'est pas question d'accréditer les idées persécutoires mais de les entendre sans les critiquer, en vue de favoriser l'étayage social de ces sujets. « La persécution [peut] être reçue dans son ouverture relationnelle : tant que l'autre me veut du mal, il y a de l'Autre ; au-delà, c'est la mélancolie » (Furtos, 2010).

Le vécu de solitude de Mr P au sein de son poste aux frontières l'expose à une forme de précarité. L'objet social « travail » est conservé, mais les liens qui l'accompagnent sont fragilisés. A notre rencontre, il a perdu confiance en lui, en les autres et en l'avenir. Le suicide est envisagé comme une issue. Sa persécution pourrait alors être comprise comme une étape dans un processus de précarisation qui précède une mélancolisation du lien social. De ce point de vue, Mr P est certes un patient atteint de sensibilité, mais aussi un sujet sur une scène sociale dont l'étayage social doit être favorisé. La lutte contre sa disparition de la scène sociale est un enjeu thérapeutique. Il s'agit alors d'entendre sa plainte concernant l'organisation du travail en atténuant le sentiment de persécution mais sans le nier. Notons que cette prise de position est rendue possible par l'absence de risque de passage à l'acte hétéroagressif. Le défi proposé par cette conception de la paranoïa sociale est d'entendre ses idées délirantes de persécution sans les isoler de leur contexte. Ainsi, exploiter le caractère relationnel de son vécu sensitif en

incitant à une discussion entre le médecin du travail, le commissaire divisionnaire et notre patient. Dans notre cas, cette médiatisation aboutit à la réorganisation du travail, et Mr P est restauré dans sa fonction.

IV. DISCUSSION

IV.1. La souffrance au travail, une rencontre entre trois facteurs ?

Nous avons émis l'hypothèse que la souffrance au travail était une rencontre entre une vulnérabilité individuelle, une organisation de travail et un contexte socio-culturel.

La clinique du travail postule que toute activité professionnelle mobilise nécessairement la subjectivité du travailleur pour être accomplie. Ainsi, le travail n'est jamais neutre à l'égard de la santé : il peut participer à l'accomplissement de soi et à la dynamique identitaire, ou à l'inverse, il peut être à l'origine de pathologies somatiques et psychiques. Le collectif de travail serait l'interface au sein de laquelle les individus trouvent des compromis pour travailler tout en préservant leur santé. Toute organisation qui tendrait à détruire les solidarités du groupe exposerait le travailleur à gérer seul l'intensification du travail, les conflits éthiques ou encore les injonctions paradoxales des nouvelles techniques managériales : « sois toi-même, mais dans le cadre de mes propres règles ». Au travers du discours de nos quatre patients, nous avons tenté d'identifier les dysfonctionnements organisationnels qui auraient pu favoriser la décompensation psychiatrique. Pour Mr F, la technique de management par le résultat l'a conduit à une hyperactivité professionnelle toujours croissante. Une mauvaise réorganisation de travail pour faire face à une brusque augmentation de l'activité a isolé Mr P du collectif, le laissant seul face à un travail qui n'avait aucun sens. La restructuration d'une entreprise destitue les solidarités et laisse la violence s'installer en silence, dans le cas de Mme R.

Dans notre hypothèse, nous considérons que les facteurs organisationnels ne pouvaient seuls être à l'origine de décompensations psychopathologiques. Nous avons donc tenté une étude psychopathologique des troubles présentés par nos patients. La littérature (Darcourt, 2011 ; Ehrenberg, 2010) décrit, dans notre contexte socio-culturel, une plus grande vulnérabilité des pathologies narcissiques face aux problèmes sociaux. La souffrance au travail peut être considérée comme une difficulté d'origine sociale, ainsi nous avons considéré qu'elle sollicitait particulièrement l'estime de soi. Notre étude de cas ne nous permet pas d'identifier formellement des vulnérabilités individuelles. Mais nous constatons que, chez nos quatre patients, la problématique narcissique semble centrale. Mme E décompense une probable

personnalité limite de type narcissique. Mr F déclenche une mélancolie et l'apport de la phénoménologie nous permet de supposer que l'intolérance à l'ambiguïté (Kraus, 2009) est particulièrement malmenée dans notre société actuelle où performance et excellence sont prises pour des normes. Quant à Mr P, nous émettons l'hypothèse qu'il protège son estime de soi par un recours à la sensibilité.

Enfin, le contexte socio-culturel nous paraissait jouer un rôle déterminant dans le déclenchement de pathologies en lien avec une « souffrance au travail ». C'est avec la clinique psychosociale que nous avons abordé les liens entre nos patients, leur trouble et la société. En complétant le concept d'estime de soi par la notion de confiance en soi, Furtos nous propose d'étudier les conséquences psychopathologiques de la précarité, c'est-à-dire de la perte potentielle des objets sociaux. Chez Mr P, l'isolement et la perte des liens sociaux au travail pourraient contribuer à l'émergence de ses idées délirantes de persécution. Pour Mme E, la précarité et la peur de disparaître de la scène sociale ont fortement participé à la survenue de sa pathologie.

Ainsi, nous espérons avoir pu démontrer l'implication de ces trois facteurs dans les situations de souffrance au travail. Toutefois, nous notons qu'au vu de la multitude des situations possibles et des grandes variabilités inter-individuelles, chacun de ces facteurs y participe de façon plus ou moins importante. La psychodynamique du travail démontre que certaines formes d'organisations sont à l'origine de décompensations psychiques. À l'inverse, dans certain cas, la psychopathologie individuelle peut être seule responsable de la souffrance au travail.

IV.2. La clinique du travail : un problème de référentiel

Pour le suivi de nos patients et dans nos analyses de cas, nous avons choisi d'utiliser les outils fournis par la psychodynamique du travail et par la clinique de l'activité. Ces théories ont pour visée première des actions sur le terrain de l'entreprise. Mais les psychiatres, notamment ceux qui exercent dans les consultations spécialisées Souffrance et Travail, les utilisent en psychothérapie. Nous sommes obligés de reconnaître que ces théories contiennent une contradiction. L'entretien est individuel et se situe hors du lieu de travail, alors même que la source de la souffrance est censée se trouver au travail. Ces outils permettent des analyses concernant la manière dont la situation de travail peut entraîner souffrance et pathologie.

L'analyse se fonde uniquement sur le vécu du patient sans que le psychiatre ne puisse jamais le confronter à la réalité. Selon Davezies (2004), il s'agit pour le médecin d'accepter d'entrer dans le cadre relationnel dans lequel le patient est lui-même enrhumé par ses propres interprétations, afin de pouvoir en sortir ensemble en suivant le travail comme fil conducteur. Pour cela, plusieurs présupposés sont nécessaires au médecin :

- on ne connaît pas le travail, on ne sait jamais a priori quels sont les enjeux et les ressorts de l'engagement d'un salarié dans son activité
- la nature de l'engagement est en partie obscure aux yeux du salarié lui-même
- pour comprendre son point de vue il faut, pour partie, l'aider à le construire

L'objectif est de remonter avec le patient, depuis les faits jusqu'à l'interprétation, en s'interrogeant sur les contraintes organisationnelles et son rapport subjectif au travail. Parcourir ce chemin l'incite à s'interroger sur la nature de son activité et de son engagement, dont une part lui échappe inéluctablement. L'interprétation en termes de défaillance est modifiée au profit d'une compréhension de ce que le patient s'efforçait de mettre de lui-même dans le travail et de ce qu'il s'efforce de préserver. Ainsi, il met en récit ce qui est arrivé, ce qui, dans le travail, l'a précisément fait souffrir qu'elle qu'en soit la réalité objective, et le lien aux implications subjectives que cette situation a réveillé ou fait naître. Ces théories s'appuient sur le rétablissement de l'identité narrative, au sens de Paul Ricœur. La constitution narrative permet d'acquérir une représentation unifiée de soi et d'affermir l'identité personnelle.

Les outils d'analyses de la psychodynamique du travail et de la clinique de l'activité peuvent offrir du matériel pour penser les problématiques de nos patients afin de les accompagner dans leur mise en récit. Ils permettent également d'enrichir notre compréhension des mécanismes en jeu dans la décompensation. Toutefois, gardons à l'esprit la mise en garde d'Israël (1976) : « Toute technique a son intérêt, à condition qu'on la prenne pour ce qu'elle est : une technique, et non une fin ni une vérité dernière »

IV.3. Le psychiatre et la souffrance au travail

IV.3.1. Psychiatrie et Santé Mentale

Depuis les années 1980, les notions de santé mentale et de souffrance psychique occupent une place majeure au sein de l'ensemble de la société, mais aussi au sein de la communauté scientifique. Le débat entre l'homme biologique, l'homme psychologique et l'homme social n'a

jamais été aussi central. L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé mentale comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. ».

Mais psychiatrie et santé mentale diffèrent de part leur point de vue. Ehrenberg (2010) met en garde contre toute confusion : « La psychiatrie est un « idiome local », spécialisé dans l'identification et le traitement des problèmes particuliers, la santé mentale est un « idiome global » qui met en forme et en sens les conflits et les dilemmes de la vie sociale contemporaine en attribuant des causes ou des raisons à des problèmes, très généralement liés à des interactions sociales ». Une fois cette divergence authentifiée, Darcourt (2010) plaide pour l'intérêt que ces deux idiomes ont à communiquer. D'après lui, la première raison est thérapeutique. C'est au psychiatre de traiter les troubles que les sociologues décrivent dans le champ de la santé mentale. Deuxièmement, la collaboration entre ces deux idiomes offre une compréhension enrichie des phénomènes observés. « La connaissance du rôle du contexte social permet de comprendre la pathologie, et d'autre part les manifestations pathologiques, que leur intensité rend plus évidentes, peuvent révéler des composantes latentes du trouble collectif » écrit Darcourt. Son troisième argument en faveur d'une collaboration se porte sur les bénéfices dans les prises en charge des individus qui, face à des problèmes sociaux, déclenchent des troubles psychiatriques.

Comme nous l'avons noté dans notre historique, les liens entre psychiatrie et travail sont analysés en France depuis plus de 60 ans. Aujourd'hui l'évolution du cadre législatif, avec notamment la loi sur le harcèlement moral du 17 janvier 2002 (dans le cadre de la loi de modernisation sociale), officialise l'entrée de la santé mentale dans le monde du travail. Cette question doit donc être traitée sur les plans politique, sociologique et psychiatrique.

IV.3.2. Le positionnement du psychiatre

Le psychiatre est confronté à la problématique de la souffrance au travail à l'échelle individuelle. Notre étude de cas nous permet de dégager quelques remarques concernant la prise en charge de ces patients et de signaler quelques écueils à éviter.

Face à un patient qui allègue une souffrance au travail, le psychiatre doit se détacher de la question de l'imputabilité directe qui tend à parasiter son exercice. La réponse relève du travail du médecin expert et soulève une problématique éthique. En effet, aucun examen ne permet de

distinguer clairement la responsabilité de l'organisation du travail de celle de la vulnérabilité individuelle.

Nous ne devons pas oublier que l'environnement social dans lequel nous vivons n'est pas toujours bon, et qu'il est parfois impossible de s'y adapter sans que cela relève forcément d'une pathologie sous-jacente.

Le concept de « souffrance au travail » doit être manié avec précaution. Comme nous l'avons étudié, ce concept porte en lui une dénonciation qui tend à aiguïser les passions. Trop en parler risquerait de renforcer la paranoïa sociale ambiante. Comme l'explique Furtos (2010), un excès de paranoïa sociale transforme la confiance en méfiance et ainsi altère le lien social entre les individus. À l'inverse, ne jamais l'évoquer conduirait à laisser des sujets seuls face à des persécutions bien réelles. La clinique psychosociale fournit une réponse qui a l'avantage d'être orientée vers l'action. La paranoïa sociale « excessive » est considérée comme un marqueur de précarité dont l'évolution pourrait se faire vers une mélancolisation du lien social. Ainsi, lorsque le psychiatre est confronté chez un patient à des mécanismes projectifs ou des idées de persécution à l'égard du travail, il devrait s'interroger sur la qualité de son insertion sociale. Dans certains cas, restaurer le lien social peut s'avérer thérapeutique. Dans la situation de Mr P, le médecin du travail et nous-mêmes, psychiatres, avons fait tiers dans une relation où les mécanismes projectifs du côté de la hiérarchie et du côté du patient empêchaient de trouver des solutions.

De plus afin de lutter contre la désinsertion qui pourrait avoir de graves dommages psychopathologiques, le psychiatre ne doit pas hésiter à solliciter les partenaires sociaux.

Concernant les procédures judiciaires et les reconnaissances en maladie professionnelle, il faut prendre garde aux effets immobilisants d'une affiliation pour le patient. Les procès aux prud'hommes et les reconnaissances de la sécurité sociale sont légitimes et même nécessaires, notamment pour qu'il y ait des répercussions à l'échelle de l'entreprise et à l'échelle politique. Sur le plan individuel, le psychiatre doit être vigilant quant à une appropriation identitaire de ces procédures qui fige le patient et peut empêcher l'amélioration de l'état clinique. Nous avons formulé cette hypothèse concernant Mme E.

Enfin, il nous semble que, face à tout patient, une investigation concernant sa situation professionnelle et les liens qu'il entretient avec son travail est indispensable et peut s'avérer enrichissante sur le plan psychopathologique.

CONCLUSION

Dans notre travail, nous nous sommes intéressés aux liens qu'il pouvait y avoir entre les décompensations psychopathologiques et les conditions de travail.

Nous avons d'abord dressé un état des lieux de la « souffrance au travail » en France, à l'heure actuelle. Après avoir constaté que cette terminologie était associée à une dénonciation militante de notre post-modernité, nous avons fait un détour par la sociologie. Dans notre société, le lien social s'est modifié. La reconnaissance n'est plus conférée de façon automatique par la famille ou l'appartenance à un groupe, elle est devenue un enjeu individuel et un objet de lutte. Ainsi, l'accomplissement de soi dans le travail est érigé au rang de valeur, sollicitant toujours plus la confiance en soi et l'estime de soi des individus. Parallèlement, les systèmes économiques et les marchés ont connu des évolutions auxquelles les organisations du travail ont dû s'adapter. Les nouvelles techniques de management prennent appui sur ces évolutions sociétales. Dans ce contexte, la « souffrance au travail » émerge et coûte cher à l'état et aux entreprises : procès, arrêts maladie, accidents de travail, reconnaissances en maladie professionnelle... Face à cette problématique, les pouvoirs publics ont développé le concept de risque psychosocial. Grâce à lui, ils parviennent à fournir une épidémiologie, à évaluer l'impact économique et à proposer des programmes de prévention. Mais ces outils ne fournissent aucune piste pour la prise en charge des patients.

Dans notre deuxième partie, nous avons émis l'hypothèse que les situations de « souffrance au travail » telles qu'elles nous sont rapportées par les patients pourraient être considérées comme une rencontre qui survient, dans un contexte socio-culturel donné, entre une vulnérabilité individuelle et une organisation de travail. Pour valider notre hypothèse, nous avons procédé à des études de cas à l'aide de différentes théories. La psychopathologie individuelle de chaque patient a été discutée à l'aide des outils analytiques et phénoménologiques. L'étude des conditions de travail s'est faite en s'appuyant sur la clinique du travail. La psychodynamique du travail et la clinique de l'activité portent leur attention au vécu subjectif du travailleur confronté à une organisation de travail. Ces outils nous ont permis

d'accompagner le patient dans la mise en récit de sa situation professionnelle, ce qui lui a permis de restaurer son identité professionnelle et de trouver une issue, alors qu'il se considérait dans une impasse. Ces théories nous ont également permis d'enrichir notre compréhension des mécanismes en jeu dans la décompensation psychopathologique. Enfin, afin d'étudier l'impact du contexte socio-culturel dans l'émergence du trouble, nous avons sollicité la clinique psychosociale. En nous proposant de considérer le sujet au sein de son environnement social, elle nous invite à considérer le travail comme un « objet social ». Il fournit au sujet des sécurités de base et lui confère une appartenance groupale. En situation de « souffrance au travail », le sujet entre dans une précarité : il a perdu ou a peur de perdre les attributs concrets et idéalisés de l'objet social. Nous avons ainsi pu considérer la pathologie psychique comme l'expression d'une souffrance du lien entre le sujet et la société. Restaurer la confiance en soi et en les autres et mobiliser les partenaires sociaux pour lutter contre la désinsertion sociale sont des enjeux thérapeutiques.

Notre travail ne nous a pas permis d'identifier des facteurs de risque de survenue de « souffrance au travail ». Néanmoins, nous espérons avoir démontré que considérer cette plainte comme une rencontre entre trois facteurs (individuel, organisationnel et socio-culturel) permettait d'enrichir la réflexion clinique. Quant au positionnement du psychiatre, il nous semble que, plus que jamais, l'adoption d'une attitude neutre mais empathique est nécessaire afin d'accueillir le vécu subjectif du patient, sans tomber dans le piège du débat sur la causalité. Au-delà des prises en charge psychiques spécifiques sur les lieux de l'entreprise, il nous semble important que le psychiatre s'intéresse systématiquement au lien que le patient entretient avec son travail. En cas d'allégation de souffrance d'origine professionnelle, envisager ces trois points de vue permet de mieux comprendre la problématique du patient et d'ouvrir de nouvelles pistes thérapeutiques.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ARENDT H., *The human condition*. Chicago : University of Chicago Press, 1958 ; trad. fr. *Condition de l'homme moderne*. Paris : Calmann-Levy, 1983.
2. AUBERT N., de GAULEJAC V., *Le Coût de l'excellence*. Paris : Seuil, 1991.
3. BEAUVALLET G., HOUY T., L'adoption des pratiques de gestion lean. Cas des entreprises industrielles françaises. *Revue française de gestion*, 2009, n°197, p. 83-108
4. BILLIARD I., Les pères fondateurs de la psychopathologie du travail en butte à l'énigme du travail. *Cliniques méditerranéennes*, 2002, n°66, p. 11-29.
5. BRUSSET B., La projection : pour le meilleur et pour le pire. *Revue française de psychanalyse*, 2011, vol.75, n°3, p. 681-695.
6. CHAINE L., Culture de la reconnaissance et culture du résultat : aux sources d'une rencontre traumatique entre sujet et management, *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2012, n°13, p. 105-122.
7. CHARBONNEAU G., Approche phénoménologique de la paranoïa sensitive de E. Krestschmer. Le cas Edgar Charles. *Pratiques psychologiques*, 2007, vol.13, n°2, p. 153-167.
8. CLOT Y., Clinique du travail et clinique de l'activité. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2006, n°1, p. 165-177.
9. CLOT Y., *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : La Découverte, 2010
10. CLOT Y., FAÏTA D., Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes. *Travailler*, 2000, n°6, p. 7-43.
11. COLIN V., DUEZ B., Exclusion de la scène collective et ruptures des appartenances. In *Les cliniques de la précarité*. / sous la dir. FURTOS J., Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2008.
12. COLIN V., FURTOS J., La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine. In *Répondre à la souffrance sociale*. / sous la dir. JOUBERT M., LOUZOUN C. Toulouse : Erès, 2005.

13. DAR COURT G., *La psychanalyse peut-elle encore être utile à la psychiatrie ?* Paris : Odile Jacob, 2006.
14. DAR COURT G., Préface. In : *Les cliniques de la précarité.* / sous la dir. FURTOS J., Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2008.
15. DAR COURT G., Les modèles freudiens et la compréhension de ce malaise. Communication au colloque : « La société du malaise : une nouvelle perspective pour la santé mentale ? », organisé par l'Association Française de Psychiatrie et le Centre d'épistémologie clinique, Paris, le 26 novembre 2010.
16. DAR COURT G., La société du malaise. *La Lettre de Psychiatrie Française*, 2011, n°197, p. 10-11.
17. Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques, Les risques psychosociaux au travail : les indicateurs disponibles. *Dares Analyses*, n°081, 2010.
18. Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques, L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé entre 1994 et 2010 : premiers résultats de l'enquête SUMER. *Dares Analyses*, n°023, 2012.
19. Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques, Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs. *Dares Analyses*, n°10, 2013.
20. DAVEZIES P., Éléments de psychodynamique du travail. *Éducation Permanente*, 1993, n°116, p. 33-46.
21. DAVEZIES P., Souffrance au travail : le risque organisationnel. Actes des journées du CISME, février 2004, philippe.davezies.free.fr
22. DAVEZIES P., Les impasses du harcèlement moral. *Travailler*, 2004, n°11, p. 83-90.
23. DAVEZIES P., La santé au travail, une construction collective. *Santé et Travail*, 2005, n°52, p. 24-28.
24. DAVEZIES P., Intensification. Danger : le travail rétréci. *Santé et Travail*, 2007, n°57, p. 30-33.
25. DAVEZIES P., Stress, pouvoir d'agir et santé mentale. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 2008, n°69, p. 195-203.
26. DEJOURS C., *Travail, usure mentale*. 1^{ère} ed. Paris : Bayard, 1980.
27. DEJOURS C., Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail ? *Le travail humain*, 1995, n°58, p. 1-16.

28. DEJOURS C., *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Paris : Seuil, 1998.
29. DEJOURS C., Violence ou domination. *Travailler*, 1999, n°3, p.11-29.
30. DEJOURS C., Activisme professionnel : masochisme, compulsivité ou aliénation ? *Travailler*, 2004, n°11, p. 25-40.
31. DEJOURS C., *Travail vivant. Tome 1 : Sexualité et travail ; Tome 2 : Travail et émancipation*. Paris : Payot et Rivages, 2009.
32. DEJOURS C., La psychodynamique du travail face à l'évaluation : de la critique à la proposition. *Travailler*, 2011, n°25, p.15-27.
33. DEJOURS C., GERNET I., *Psychopathologie du travail*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2012.
34. DES ISNARDS A., ZUBER T., *L'open space m'a tuer*. Paris : Hachette Littératures, 2008.
35. DOUVILLE O., L'identité / altérité : fractures et montages. In : *Différences culturelles et souffrance de l'identité* / sous la dir. KAËS R., Paris : Dunod, 1998.
36. DUBOSCQ J., CLOT Y., L'autoconfrontation croisée comme instrument d'action au travers du dialogue : objets, adresses et gestes renouvelés. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 2010, vol.4, n° 2, p. 255-286.
37. EHRENBERG A., *La fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris : Odile Jacob, 2000.
38. EHRENBERG A., *La société du malaise*. Paris : Odile Jacob, 2010.
39. EY H., *Manuel de psychiatrie*. 5^e édition. Paris : Masson, 1978.
40. FERRANT A., Psychopathologie de l'adulte. In : *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*. / sous la dir. ROUSSILLON R., Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2008.
41. FREUD S., Psychologie des foules et analyse du Moi (1921). In *Essais de psychanalyse*. Paris : Petite Bibliothèque Payot, 1981.
42. FURTOS J., Épistémologie de la clinique psychosociale. *Pratique en santé mentale*, 2000, n°1.
43. FURTOS J., Les effets cliniques de la souffrance d'origine sociale. *Mental'Idées*, 2007, n°11.
44. FURTOS J., *Les cliniques de la précarité*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2008.
45. FURTOS J., La paranoïa sociale ordinaire et excessive. *Rhizome*, 2010, n°39, p. 2-3.

46. GALLET E., TRABAUD M., FARUCH C., Mythomanie. *Nervure*, 2001, vol.14, n°1, p.15-19.
47. GERAUD M., La contribution de la pensée d'Alfred Kraus à l'étude phénoménologique des troubles bipolaires. *Psychiatrie, Sciences humaines et Neurosciences*, 2009, vol.7, n°3-4, p.152-158.
48. GERNET I., DEJOURS C., Évaluation du travail et reconnaissance. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2009, n° 8, p. 27-36.
49. GOLLAC M., VOLKOFF S., CITIUS, ALTIUS, FORTIUS. L'intensification du travail. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 1996, vol.114, n°1, p.54-67.
50. GUIHO-BAILLY M.-P., GOGUET K., « Si tu n'avances pas, tu recules ; si tu recules, tu meurs ». Clinique de l'addiction au travail en psychiatrie quotidienne. *Travailler*, 2004, n° 11, p. 41-56.
51. GUIHO-BAILLY M.-P., GUILLET D., Psychopathologie et psychodynamique du travail. *EMC-Toxicologie-Pathologie*, 2005, Vol.2, n°3, p.98-110.
52. HENRY J.-M., PROSPERI A., GIUDICELLI S., Regard phénoménologique sur le noyau sensitif. *Annales Médico-Psychologiques*, 2002, n°160, p. 622-627.
53. HIRIGOYEN M.-F., *Le harcèlement moral dans la vie professionnelle. Démêler le vrai du faux*. Paris : La Découverte et Syros, 2001.
54. HONNETH A., *La société du mépris*. Paris : La Découverte, 2006.
55. Institut National de Recherche et de Sécurité, Dépister les risques psychosociaux. Des indicateurs pour vous guider. 2007, www.inrs.fr
56. Institut National de Veille Sanitaire, Santé mentale et travail : comprendre pour surveiller, *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 9 juin 2009, n°25-26.
57. ISRAEL L, *L'hystérique, le sexe et le médecin*. Paris : Masson, 1976.
58. JEAMMET P., Innovations en clinique et en psychopathologie de l'adolescence. *Annales médico-psychologiques*, 2001, vol.159, n°10, p.672-678.
59. JEAMMET P., Clinique des remaniements à l'adolescence. Les limites : un repère nécessaire au narcissisme. *Psychiatrie française*, 2006, Vol XXXVII, n° Spécial / 06, p.37-69.
60. KAËS R., En quoi consiste le travail psychanalytique en situation de groupe ? *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2006, n° 46, p. 9-25.

61. KAPSAMBELIS V., Les « normopathes ». *Psychiatrie française*, 2006, Vol XXXVII, n°Spécial / 06, p. 106-115
62. KARASEK R., Job demands, job decision latitude, and mental strain : implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 1979, n° 24, p. 285-308.
63. KARASEK R., THEORELL T., *Healthy Work : stress, productivity , and the reconstruction of the working life*. New York : Basic Books, 1990.
64. KRAUS A., Maladie maniacodépressive et créativité, *Psychiatrie, Sciences humaines et Neurosciences*, 2009, vol.7, n°3-4, p. 159-173.
65. LANZARINI C., Un exercice de santé mentale ou les pratiques de survie identitaires : pauvreté extrême et onirisme social. *Prévenir*, 1997, n°32, p. 71-83.
66. LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B., *Vocabulaire de la psychanalyse*. 8^e édition. Paris : Presse Universitaire de France, 1967.
67. LEOVICI S., RABAIN-LEBOVICI M., Psychopathologie des enfants provenant de familles psychotiques ou dépressives. In *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* / sous la dir. LEOVICI S., DIATKINE R., SOULE M., 2^e édition. Paris : Presse Universitaire de France, 2004.
68. LHUILIER D., Le « sale boulot ». *Travailler*, 2005, n° 14, p. 73-98.
69. LHUILIER D., Clinique du travail : enjeux et pratiques. *Pratiques psychologiques*, 2006, n°12, p. 179-193.
70. LITRE E., 1878, *Dictionnaire de la langue française*. Paris : Librairie Hachette et Cie.
71. LOAS G., Personnalité dépendante. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, dernière mise à jour 2008, 37-490-D-10, 11p.
72. MALASCH C., JACKSON S.-E., The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 1981, n°2, p. 99-113.
73. MALASCH C., LEITER M.-P., *Burn-out : le syndrome d'épuisement professionnel*. Paris: Arènes Éditions; 2011.
74. MOLINIER P., Psychodynamique du travail et rapports sociaux de sexe. *Travail et Emploi*, 2004, n°97, p. 79-91.
75. MOLINIER P., Introduction au dossier. *Travailler*, 2010, n° 24, p. 9-20.
76. MOLINIER P., FLOTTES A., Travail et santé mentale : approches cliniques. *Travail et Emploi*, 2012, n°129, p.51-66.
77. MOSCOVITZ J.-J., Approche psychiatrique des conditions du travail (1972). *Travailler*, 2007, n°17, p. 7-46.

78. NASSE P., LEGERON P., Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. *La documentation française*, mars 2008.
79. NIEDHAMMER I., SULTAN-TAÏEB H., CHASTANG G., VERMEYLEN G., PARENT-THIRION A., Exposition aux facteurs psychosociaux au travail : comparaison entre 31 pays en Europe. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 2012, n°73, p. 711-732.
80. PACHOUD B., Analyse phénoménologique de la notion d'événement et ses implications pour la psychopathologie. *L'Évolution psychiatrique*, 2005, n°70, p.699-707.
81. PAUGAM S., *Le lien social*. Paris : Presse Universitaire de France, coll. « Que sais-je ? », 2008.
82. PEZE M., *Ils ne mourraient pas tous mais tous étaient frappés. Journal de la consultation « Souffrance et travail »*. Paris : Flammarion, 2010.
83. PRINGUEY D., Le Typus Melancolicus. Hommage à Hubertus Tellenbach. *L'art du comprendre*, 1996, n°4.
84. ROUSILLON R., La fonction « limite » de la psyché et la représentance, *Psychiatrie française*, 2006, Vol XXXVII, n° Spécial / 06, p. 90-105.
85. ROUSSILLON R., La loi du plus faible : les stratégies de survie. In : *Les cliniques de précarité* / sous la dir. FURTOS J., Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2008.
86. SIEGRIEST J., *et al.*, The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 2004, n°58, p. 1483-1499.
87. SIGAUT F., Folie, réel et technologie. À propos de Philippe Bernardet, Les Dossiers noirs de l'internement psychiatrique, Paris, Fayard, 1989. *Travailler*, 2004, n° 12, p. 117-130.
88. STANSFELD S., CANDY B., Psychological work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*. 2006, n°32, p. 443-62
- TOSQUELLES F., *Le travail thérapeutique en psychiatrie* (1967). Toulouse : Erès, 2012.
89. TRONTIN C., LASSAGNE M., BOINI S., RINAL S., Le coût du stress professionnel en France en 2007. Étude réalisée pour l'Institut National de Recherche et de Sécurité, <http://www.inrs.fr>
90. VAIVA G., JEHEL L., COTTENCIN O., DUCROCQ F., DUCHET C., OMNES C., GENEST P., ROUILLON F., ROELAND J.-L., Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale*, 2008, n°34, p.577-583.

91. VEIL C., *Vulnérabilités au travail*. Toulouse : Erès, 2012.
92. WINNICOTT D. W., Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux self. In : *Processus de maturation chez l'enfant*. Paris : Payot, 1970.
93. WRESINKI J., Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Rapport présenté au nom du conseil économique et social. Journal Officiel de la République Française, 1987.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.